



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Carolina Schumacher

**PERCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE ACERCA DA
INSERÇÃO DA DETECÇÃO DE RISCO PSÍQUICO E
ENCAMINHAMENTO PARA INTERVENÇÃO PRECOCE NA
PUERICULTURA**

Santa Maria, RS.

2017

Carolina Schumacher

**PERCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE ACERCA DA INSERÇÃO DA
DETECÇÃO DE RISCO PSÍQUICO E ENCAMINHAMENTO PARA
INTERVENÇÃO PRECOCE NA PUERICULTURA**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação
em Psicologia, da Universidade Federal de Santa
Maria (UFSM/RS), como requisito parcial para a
Obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Paula Ramos de Souza

Santa Maria, RS.

2017

Carolina Schumacher

**PERCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE ACERCA DA INSERÇÃO DA
DETECÇÃO DE RISCO PSÍQUICO E ENCAMINHAMENTO PARA
INTERVENÇÃO PRECOCE NA PUERICULTURA**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação
em Psicologia, da Universidade Federal de Santa
Maria (UFSM/RS), como requisito parcial para a
Obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em 14 de março de 2017:

Ana Paula Ramos de Souza, Dr^a. (UFSM)
(presidente/orientador)

Andrea Gabriela Ferrari, Dr^a. (UFRGS)

Dorian Monica Arpini, Dr^a. (UFSM)

Santa Maria, RS, 2017

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, Benjamin e Conrado, por existirem de maneira tão doce e alegre na minha vida. Por terem a paciência e a sensibilidade que me encanta e me equilibra.

A minha mãe, que me ensinou a ser forte e humilde.

Ao meu pai, que esteve sempre no seu lugar e com sua sabedoria me apontou onde eu deveria estar.

AGRADECIMENTOS

Desde que passei a sentir a vida como um milagre que se atualiza em cada amanhecer, passei também a agradecer por tudo que vivi e que ainda vou viver, sem questionar a necessidade de cada evento ou pessoa que cruzou o meu caminho. Assim sendo, agradeço por viver.

A vida me possibilitou experienciar a dádiva da maternidade. Assim sendo, agradeço ao Benjamin e ao Conrado, meus filhos lindos, por toda alegria e toda dor, toda sabedoria e todo amor que vivemos todos os dias, pra sempre.

A vida me deu um pai e uma mãe, amáveis e fortes para quem eu sempre fui mais e melhor. Minha caminhada é possível porque vocês previam em mim futuro.

A vida me deu um irmão para todas as horas, uma cunhada amiga e duas meninas lindas das quais sou madrinha. Vocês me ajudaram a lembrar quem eu gostaria de ser e a volta pra Agudo foi mais leve com vocês.

A vida me surpreendeu com a alegria de um grande amor. Agradeço a você, Marlon, por ser o meu encontro mais bonito e o amor mais generoso. A vida contigo é plena.

O processo de voltar a estudar e escrever demanda tempo e dedicação, agradeço também a você Rafael, que soube ser pai presente nos momentos em que eu precisei me ausentar para os guris.

Assim também preciso agradecer à Patricia, nossa querida Pati, que foi meu suporte fiel e delicado durante os dois anos de mestrado. Obrigada por tão carinhosamente cuidar dos meus filhos, e muitas vezes, de mim também.

Dos que já se foram, mas deixaram muito em mim, agradeço aos meus avós Vilma e Adão. Todo meu percurso de estudos começou com o amor em forma de esperança que depositaram em mim.

No caminho encontrei amigos. Se cheguei até aqui, e tão alegre com o percurso, é porque muitos me acolheram, me ensinaram, me ajudaram a entender quando eu já não percebia o que precisava ser visto. Destes preciso nomear alguns:

Rafaela, minha amiga irmã de vida, contigo aprendo todos os dias um jeito carinhoso e leal de cuidar.

Alexandra, Adriana, Gustavo, Michele, Sabrina - a família que escolhi há mais de dez anos. Vocês fazem parte da minha vida e são minha força, a ternura e minha história.

Tatiane, Rodrigo, Lucieli, Francine, Vitória, Maria Fernanda e Isabela, a família que me acolheu com amor e alegria no meu retorno pra Santa Maria.

Thiago, Vanessa, Thais, Henrique, Daiana, Juliana, Natalia, meus queridos amigos, colegas de mestrado. A estrada com vocês foi mais leve e divertida.

À Márcia, uma amiga que veio junto com o mestrado. Obrigada por tão gentil e amorosamente me acolher e me auxiliar na produção do meu projeto inicial. Foste luz num momento de sombras.

Ao meu grupo de pesquisa. Nossos encontros foram sempre uma festa que aliviava o cansaço da caminhada ao mesmo tempo em que produzia sentido para o que já havíamos caminhado.

A todas as mães e bebês que participaram da pesquisa com os quais aprendi sempre mais do que a teoria previa.

À Universidade Federal de Santa Maria, minha instituição mãe. Sou eternamente grata por todo conhecimento que só me foi possível acessar por aqui.

À CAPES, pelo tempo que me foi concedido de bolsa de estudos. Foi o que possibilitou minha permanência com tranquilidade para pesquisar.

Aos professores que passaram por mim de maneira sensível e desafiadora.

Finalmente, a vida me apresentou a professora Ana Paula, rica de conhecimento e generosidade. E o nosso encontro me suscitou uma frase, há quase três anos atrás, que resume meu sentimento: a trajetória fez sentido! E faz! Obrigada por acreditar em mim, antes de eu mesma.

Reze e trabalhe, fazendo de conta que esta vida é um dia de
capina com sol quente, que às vezes custa muito a passar,
mas que sempre passa. E você ainda pode ter muito pedaço
bom de alegria (...) Cada um tem a sua hora e a sua vez:

você há de ter a sua.

João Guimarães Rosa

RESUMO

A Psicologia tem contribuído com o cuidado a bebês especialmente com trabalhos vinculados ao campo psicanalítico freudo-lacaneano através dos Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) e sinais PREAUT, que possuem como principal objetivo a detecção precoce de risco psíquico. O uso desses indicadores e sinais está, no entanto, mais ligado a grupos de pesquisa da clínica de bebês do que propriamente inserido no sistema de saúde de um modo mais amplo. Uma das questões que emerge, quando se pensa em sua introdução para uso rotineiro em puericultura, refere-se a como se dará o encaminhamento para intervenção precoce de bebês quando essa for a indicação a partir das avaliações realizadas. Assim, este trabalho teve como objetivos analisar as percepções dos profissionais com relação aos processos de avaliação e encaminhamento para intervenção de bebês com risco psíquico, avaliados por meio do protocolo IRDI e sinais PREAUT, bem como discutir elementos para a inserção desses protocolos em um sistema de saúde. Para tanto, empreendeu-se um estudo realizado por meio de entrevistas com uma equipe de saúde interdisciplinar que tem utilizado esses protocolos no acompanhamento de bebês de um a vinte e quatro meses de idade em projeto de pesquisa e que vivenciou a necessidade de encaminhamento de bebês com risco psíquico para intervenção precoce. Os resultados apontam que a formação continuada e o suporte de uma equipe interdisciplinar são elementos importantes para realizar o processo de detecção precoce de modo adequado. Esse processo demanda uma escuta sensível por meio de contato continuado com os bebês e seus familiares já que o protocolo IRDI e os Sinais PREAUT demandam a compreensão das interações entre o bebê e seus cuidadores. A atuação do profissional de Psicologia é fundamental tanto na escuta sensível do bebê e seus familiares, como na escuta da equipe interdisciplinar. A pesquisa sugere que a disposição dos profissionais para a escuta é a forma de fisgar a família para a adesão à intervenção precoce.

Palavras chave: Detecção precoce, intervenção precoce, risco psíquico, puericultura.

ABSTRACT

Psychology, especially the works related to the Freud-Lacanian psychoanalytic field, have contributed to the care of infants based on the proposition of the Child Development Risk Indicators (IRDI) and the PREAUT signs, whose main objective is the early detection of psychological risk. The use of these indicators and signals is, however, more linked to research groups of the baby clinic than properly inserted in the health system in a broader way. One of the issues that emerges when we think of its introduction for routine use in childcare refers to how the referral for early intervention of infants will be given when it is indicated on the basis of the evaluations carried out. Thus, the objective of this study was to analyze the professionals' perceptions regarding the evaluation and referral processes for the early intervention with the cases of psychological risk, evaluated through the IRDI protocol and PREAUT signals, as well as to discuss elements for the insertion of these protocols in health system. For this, a study was conducted through interviews with an interdisciplinary health team that has used these protocols in the follow-up of babies from one to twenty four months of age in a research project and who experienced the need for referral of infants with psychological risk. The results indicate the continuous training and support of an interdisciplinary team are important elements to carry out the process of early detection in an appropriate way. This process requires sensitive listening through continued contact with infants and their families since the IRDI protocol and the PREAUT Signals demand an understanding of the interactions between the baby and his caregivers. The performance of the Psychology professional is fundamental both in the sensitive listening of the baby's family, and in listening to the interdisciplinary team. The research suggests that the willingness of professionals to listen is the way to capture the family for adherence to early intervention.

Keywords: Early detection, early intervention, psychological risk, child care.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Indicadores clínicos de risco ao desenvolvimento infantil.....	31
Quadro 2 - Descrição geral das participantes da pesquisa.....	52
Tabela 1 - Questionário PREAUT- 4º e 9º mês, 1ª parte.....	35
Tabela 2 - Questionário PREAUT 4º e 9º mês, 2ª parte.....	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 A CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA DO BEBÊ E O PAPEL DA DETECÇÃO PRECOCE.....	17
2.2.1 A emergência do psiquismo.....	17
2.2.2 Estratégias de Detecção Precoce a partir do Campo Psicanalítico no Cuidado Aos Bebês.....	26
2.2 OS TEMPOS DE ESTABELECIMENTO DA DEMANDA A PARTIR DA DETECÇÃO PRECOCE SEGUNDO GRACIELA CRESPIN	38
2.3 A INTERVENÇÃO PRECOCE: A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL <i>PSI</i>	43
3 MÉTODO.....	47
3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	47
3.2 PARTICIPANTES.....	48
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	48
3.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	49
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	50
4 RESULTADOS.....	52
5 DISCUSSÃO.....	76
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS.....	87
ANEXO I – Roteiro de entrevista com profissionais.....	94
ANEXO II – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	95

1. INTRODUÇÃO

A Psicologia vem sendo chamada a contribuir de maneira mais efetiva nas políticas públicas de saúde com um importante papel de compreender e articular ações para além da clínica, nos níveis de promoção e prevenção em saúde. Os Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) são um exemplo importante na realidade brasileira, do empenho de profissionais do campo psicanalítico freudo-lacaneano, de viabilizar o processo de detecção precoce de risco psíquico já na atenção básica, na linha de cuidado materno infantil, especialmente no serviço de puericultura. Isso é possível por considerarem o desenvolvimento como decorrente da interação entre organismo e relacionamentos vividos pelo bebê (LERNER, R.; et al 2013). Os itens por ele avaliados dizem respeito ao modo de vida cotidiano do bebê com seus cuidadores primordiais, ou seja, aqueles que exercem as funções parentais, pois tomam o desenvolvimento infantil a partir do olhar das interações adulto-criança e não apenas pelo foco usual nas habilidades desenvolvidas pelo bebê como ocorre com testes do desenvolvimento com enfoque cognitivo (WANDERLEY et al, 2008). Enquanto no Brasil iniciavam-se as pesquisas do protocolo IRDI, na França também iniciaram esforços na formulação e validação dos sinais PREAUT, mais específicos na detecção de risco de evolução para o autismo (CRESPIN; PARLATO-OLIVEIRA, 2015).

Quando se avalia bebês, trabalha-se com uma modalidade de avaliação que tem uma certa “janela de tempo” possível para a potencialização ou mesmo desenvolvimento de certas competências, sejam elas neurológicas ou psíquicas. Os estudos em epigenética apontam para a importância do ambiente nos primeiros meses de vida a ponto de modificar a expressão do DNA de um bebê e sua potente plasticidade cerebral, o que imprime um caráter de grande importância às avaliações e, quando necessárias, intervenções precoces (JERUSALINSKY, 2015). No campo psicológico, quando se faz referência ao ambiente, está se considerando o que se passa no entorno do bebê, não só em termos de condições físicas de vida, senão, e principalmente, quanto à qualidade das relações estabelecidas entre o bebê e seus cuidadores primordiais, ou seja, aqueles que exercem as funções materna e paterna.

Essa qualidade está atrelada, entre outras coisas, ao lugar simbólico ocupado pelo bebê nessa relação. Esse lugar existe a partir do olhar dos pais que conferem características e capacidades próprias e singulares a cada bebê. Nesse sentido, o olhar passa a ser também parte importante desse “ambiente” que pode potencializar modificações no bebê.

Essa modificação no olhar dirigido ao bebê e ao seu desenvolvimento está na base teórica que fundamenta o IRDI e os sinais PREAUT de avaliação de bebês. Em ambos instrumentos, o que se busca são comportamentos que expressam capacidades psíquicas, que se efetuam, ou não, na relação com o outro, desde os primeiros meses de vida. Essas capacidades podem ser antecipadas ou potencializadas pelo olhar parental em relação ao que pode o bebê pode fazer ou vir a fazer, uma vez que a teoria de base desses instrumentos, a psicanálise freudo-lacaneana, supõe a constituição do sujeito a partir do Outro.

Segundo Lacan, “...é de ver funcionar toda uma cadeia no nível do desejo do Outro que o desejo do sujeito se constitui”. (Lacan, 1973/1988, p. 223). Há que se fazer uma diferenciação entre eu e sujeito, pois, para Lacan, o eu e o sujeito não coincidem. O eu estaria na ordem de uma organização consciente das funções, enquanto que o sujeito estaria ligado ao desejo, assim sendo, no sistema inconsciente, de maneira que “no inconsciente, excluído do sistema do eu, o sujeito fala” (Lacan, 1978/1992, p. 80) Ou seja, o sujeito se expressaria via inconsciente sendo a linguagem esse veículo de expressão.

Num primeiro momento, o sujeito seria falado pelo outro encarnado naqueles que exercem as figuras parentais, representantes do campo do Outro. “A criança não nasce sujeito, mas uma subjetividade nela se instala. ” (INFANTE, 2000 p 93). Essa subjetividade precisaria de algumas condições para se desenvolver. Essas condições diriam respeito a uma certa transmissão irreduzível, ou transmissão mínima necessária que se operaria segundo o desejo materno e a lei paterna (INFANTE, 2000). Aí a importância do papel dos pais ao falar com seu bebê transmitindo a ele um projeto simbólico, pois é nesse discurso, nesse olhar parental que o bebê crescerá e se desenvolverá inicialmente.

As avaliações IRDI e sinais PREAUT, ao se colocarem enquanto instrumentos que visam perceber como está o desenvolvimento do bebê a partir da relação com aqueles que exercem as funções parentais, estão objetivando analisar justamente esse processo de

subjetivação, da produção de um sujeito de desejo, pois se sabe que nem sempre é essa a realidade encontrada nas relações parentais com seus bebês. Na pesquisa do grupo de Santa Maria realizada em 2010, fatores ambientais como sociodemográficos (CRESTANI et al., 2012) e fatores psicossociais como o humor materno (FLORES et al., 2011) e rede de apoio foram intervenientes no laço do bebê com a família, o que foi evidenciado por sua correlação estatística com a ausência de indicadores no IRDI. Chama atenção, no entanto, no estudo de Beltrami (2011) que mostrou que a alteração da experiência da maternidade foi mais forte estatisticamente do que a presença de humor depressivo ou ansioso na determinação de risco ao desenvolvimento e/ou psíquico, ou seja, quando a mãe não estava podendo ocupar sua função houve mais ausências dos indicadores, apontando risco psíquico e/ou ao desenvolvimento na faixa etária de 0 a 4 meses incompletos. Na exploração deste aspecto, Beltrami et al. (2014) afirmam que a dificuldade de constituição da experiência da maternidade evidenciou-se na dificuldade em supor um sujeito, estabelecer a demanda e alternar presença e ausência, considerando os eixos teóricos do IRDI (KUPFER et al, 2008).

Apesar dos resultados encontrados por Beltrami (2011) correlacionando humor ansioso e experiência da maternidade com presença de risco psíquico ou ao desenvolvimento, a autora relata que ao chamar as mães de bebês em risco para formação de grupos terapêuticos com ela e com outras psicólogas da equipe (cerca de 20 casos), as mesmas não aderiram à proposta, demonstrando que a percepção dos profissionais de que algo não vai bem no laço familiar com o bebê não é acompanhada da percepção parental até que um sintoma emergja no desenvolvimento infantil. As pesquisas de Oliveira (2013) e Vendrúscolo (2014), que seguiram o acompanhamento de dezesseis casos dos vinte referidos por Beltrami (op.cit) até os dois anos de idade, demonstraram que a emergência de problemas no desenvolvimento (dez casos) ou risco de evolução para uma psicopatologia (dois casos) fizeram com que as famílias aceitassem inicialmente a intervenção de fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, sem cogitar a ajuda psicológica.

O grupo de pesquisa iniciou em 2013 outros projetos, de modo especial o de “Análise comparativa do desenvolvimento de bebês prematuros e a termo e sua relação com risco psíquico: da detecção à intervenção” e o projeto de “Perturbações precoces da comunicação na interação pais-bebês e seu impacto na saúde mental na primeira infância” e, por isso, vem realizando avaliações em bebês por meio do IRDI e dos sinais PREAUT,

dentre outros instrumentos, desde agosto de 2014. O grupo constituído por profissionais das áreas da Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia ocupacional e Fisioterapia realiza as avaliações bem como o acompanhamento terapêutico dos bebês e suas mães (ou cuidadores) nos casos em que é indicada a intervenção precoce. Foi também a partir de observações na dinâmica dessas avaliações que surgiu a necessidade de problematizar e melhor entender o que se mostra importante para que se estabeleça a demanda por atendimento para os bebês com risco psíquico, quando uma intervenção precoce é o desfecho sugerido pelas avaliadoras.

Levando-se essas experiências em consideração e pensando já na inserção do protocolo IRDI e dos sinais PREAUT no sistema de saúde na linha de puericultura, este estudo delineou como objetivo geral analisar a percepção dos profissionais acerca da avaliação e encaminhamento para intervenção precoce de bebês que apresentaram risco no protocolo IRDI e/ou sinais PREAUT, bem como discutir elementos para a inserção dessas estratégias de avaliação na linha de cuidado materno-infantil, mais especificamente na puericultura, no sistema de saúde brasileiro.

Para relatar a pesquisa concluída nesta dissertação, no segundo capítulo será apresentada a revisão de literatura, no terceiro capítulo será exposto o método; no quarto os resultados, no quinto a discussão e ao final, as considerações finais.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Com o propósito de melhor situar e compreender o problema desta pesquisa, foram desenvolvidos tópicos de referencial teórico: a constituição psíquica do bebê e o papel da detecção precoce; os indicadores de risco ao desenvolvimento infantil (IRDI) e sinais PREAUT enquanto estratégia de cuidado aos bebês, diferenciando os problemas do desenvolvimento do risco psíquico. No caso do risco psíquico também são diferenciados o risco à psicose do risco para o autismo. A seguir revisam-se os tempos de estabelecimento de demanda para a intervenção precoce e os princípios e estratégias gerais de intervenção precoce, com foco especial na atuação do psicólogo dentro de uma equipe de detecção e intervenção precoce.

2.1 A CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA DO BEBÊ E O PAPEL DA DETECÇÃO PRECOCE

Nesta seção dois temas serão abordados: a emergência do psiquismo e a detecção precoce como estratégia de prevenção e promoção no sistema de saúde.

2.1.1 A Emergência do Psiquismo

O interesse pelos bebês enquanto “objeto de estudos” pela Psicologia e mais especificamente pela psicanálise é recente na história da ciência. Embora os fundamentos desse campo já possam ser encontrados nos Três ensaios para uma teoria sexual, de 1905. Freud não pensava que a teorização ali proposta pudesse ir além de *instrumentalizar* o tratamento psicanalítico da neurose no adulto (KUPFER, 2005). Foi a partir da segunda metade do século XX que as teorizações acerca de uma psicanálise para bebês tiveram uma importante expansão, que segue nos dias atuais.

Entendido do ponto de vista biológico, o bebê humano nasce, mesmo que a termo, bastante prematuro. Seu acabamento acontecerá após o nascimento, já imerso em um ambiente de cultura e linguagem (INFANTE, 2000). Assim também se pode falar da condição prematura de seu psiquismo ao nascer. O bebê, de boa saúde, nasce com potência para “vir a ser” apoiado em estruturas que lhe predispõe ao contato com o outro, seja por meio de gestos reflexos (CORIAT, 1991) que tendem a favorecer sua adequação ao ambiente, seja por meio de uma condição de “apetência simbólica” (CRESPIN, 2007)

que lhe confere uma posição atenta e desejante diante do que o outro lhe atribui ao lhe cuidar. Porém, essa potência só será efetivada na relação com o outro, quando respeitadas também algumas condições, sendo uma das mais importantes, a suposição que a mãe (ou seu substituto) fará em seu bebê de que ali existe um sujeito.

Nesse sentido, é possível pensar na constituição psíquica enquanto um processo que se efetua num jogo entre o bebê e seu cuidador(a). Jogo no sentido de interação, na qual cada um exerce um papel ativo e passivo, tendo cada um o seu momento para agir e esperar. É sabido que as primeiras inscrições psíquicas ocorrem a partir dos cuidados parentais (Désjardins; Golse, 2005), sendo que essa dinâmica irá produzir as características de cada relação entre pais e filho possibilitando ou não a emergência de um sujeito no bebê.

Coriat (1991) e Crespin (2007) afirmam que não basta que o tempo passe e o bebê cresça para que o desenvolvimento se dê, é preciso que esteja referenciado ao campo do Outro para que o sujeito se constitua. O desenvolvimento tomado aqui é diferente de um simples crescimento que se verifica por meio de medidas anatômicas (peso, comprimento e perímetro encefálico, por exemplo), mas enquanto um processo de maturação de órgãos e sistemas que se efetua na relação com a mãe ou seu cuidador(a) e com o meio ambiente que o rodeia. Não existem pré-determinações genéticas ou de competências físicas ou neurológicas no desenvolvimento de crianças pequenas, embora elas possam interferir no processo de constituição pela ruptura que se dá entre o bebê imaginado e o real no psiquismo parental quando o bebê apresenta limitações biológicas.

Franco (2015) discutiu a importância de pensarmos que o desfecho das potencialidades de um bebê – mesmo aqueles que por diferentes razões nascem ou são acometidos de alguma deficiência física ou neurológica - irá se concretizar por meio das relações estabelecidas com sua mãe ou cuidador nos primeiros anos de vida. Nesse mesmo texto, o autor também ressaltou que o bebê assume um papel ativo nesse processo a partir de competências ao nível de sistemas sensoriais e características corporais outras que lhe são próprias desde o nascimento e que vão imprimir um jeito singular de se relacionar com o outro que lhe cuida. Esse jeito singular de cuidar do bebê está na base do desenvolvimento infantil que possibilitará a emergência de seu psiquismo.

Freud em seu texto “O ego e o id” (1923, p.238) foi categórico ao dizer que “o ego é antes de tudo um ego corporal” acrescentando ainda que o ego derivaria em última

instância das sensações corporais, principalmente daquelas que têm sua fonte na superfície do corpo – na pele. Pode-se afirmar que ele colocou o corpo num lugar de destaque para a emergência do psiquismo ao fazer tal apontamento. No entanto, esse corpo precisaria ser erogeneizado - entendido de uma maneira simples - apresentado de maneira prazerosa pela mãe ao bebê por meio do toque, do olhar e da fala para que pudesse ser percebido e existir enquanto tal.

Segundo Fontes (2006) o ego, enquanto projeção mental da superfície do corpo estaria vinculado inicialmente às sensações advindas das experiências táteis trocadas entre o bebê e o mundo. Essas experiências teriam uma bipolaridade tátil, ou seja, o bebê sentiria o objeto que lhe toca a pele ao mesmo tempo em que sente a própria pele que toca o objeto. Nesse sentido poderíamos dizer que a pele ensinaria o ego a pensar.

Na teoria freudiana, essa experiência tátil assumiria outro patamar pelo papel erógeno que o corpo assumiria na relação entre o bebê e seu outro primordial, pois tais sensações estariam atreladas a um “discurso de apresentação”. Em termos práticos, é o que as mães, ou quem exerce essa função, costumam fazer quando brincam com seus bebês: ir apresentando a eles partes de seu próprio corpo à medida que o vão tocando. Nessas brincadeiras que ocorrem desde o nascimento, o bebê vai sendo tocado, olhado e falado. Assim, seu “corpo despedaçado” vai ganhando forma e nomes na articulação corpolinguagem: pé, mão, barriga, orelha, etc, e podendo integrar-se sensorialmente e simbolicamente. O desfecho dessas brincadeiras de apresentação do próprio corpo ao bebê, quando bem efetuado, resulta em um processo de alienação, descrito por Lacan no seminário 11 (LACAN, 1964/1988), descrito mais adiante, e interpretado em estudos mais recentes do campo freudo-lacaneano a partir da noção de circuito pulsional.

Laznik (2013) utilizou o termo circuito pulsional ao explicar sobre as pulsões constituintes do aparelho psíquico no bebê desde seu nascimento. Cabe ressaltar que a pulsão aqui se organiza por meio do laço feito pelo bebê com o outro que lhe cuida, e não pela via de uma determinação orgânica e hereditária. O conceito de pulsão tomado aqui é o utilizado na teoria lacaniana que articula significante e corpo. Esse corpo, entretanto, não é o biológico, mas um corpo que será construído a partir da relação com a mãe, o que no campo da psicomotricidade está na articulação entre esquema e imagem corporais como demonstra Peruzzolo (2016) ao propor uma hipótese de funcionamento psicomotor. A pulsão então faria laço com essa imagem corporal fundada pelo olhar e diálogo tônico-postural da mãe com seu bebê. Esse laço, no qual o bebê é fígado, corresponderia a uma

importante mudança de uma posição passiva para uma posição ativa frente ao gozo do outro.

O bebê encontra-se inicialmente dependendo do outro, representante do Outro, que lhe cuida, estando assim à mercê do que o outro lhe supõe necessitar. Nesse sentido, a satisfação de suas necessidades básicas estaria também colocada no outro uma vez que depende da ação de quem lhe cuida para se alimentar quando sente fome, ou se aquecer quando sente frio e assim por diante. Essa interação com o outro – mãe ou seu substituto – além de satisfazer necessidades básicas como a fome e o aconchego, vão efetivando a inscrição de registros pulsionais no corpo do bebê. Kupfer (2000, p.4) assim descreve esse momento da relação entre a mãe e o bebê no desempenho da função materna: “Desenhará com seu olhar, seu gesto, com as palavras, o mapa libidinal que recobrirá o corpo do bebê, cuja carne sumirá para sempre sob a rede que ela lhe tecer.”

Essa rede tecida pela mãe diz respeito ao que ela supõe ver no seu bebê, ao que ela lhe atribui como características físicas (semelhanças e diferenças com pessoas da família, por exemplo), comportamentais (preferências em relação a posições para dormir ou se acalmar, entre outras) e psicológicas (qualidades atribuídas ao seu ritmo e seu humor, etc) que vão recobrimo seu corpo de significantes interpretáveis aos seus olhos de mãe. Nesse sentido, Laznik (2013) acentuou que será essa ilusão antecipadora da mãe – capaz de ver e entender coisas no seu bebê muito antes dele falar ou saber – que lhe possibilitará uma imagem corporal originária, sendo essa imagem a que o bebê irá reencontrar jubilatariamente em sua imagem no espelho quando tiver mais ou menos seis meses de idade. Essa rede de significantes advindos do corpo do bebê na relação com sua mãe irá compor o circuito pulsional. Para a composição desse circuito seriam convocados os registros das pulsões escópica, oral e invocante.

A pulsão escópica estaria atrelada ao olhar da mãe ou seu substituto, para o bebê, que lhe convocaria a entrar na relação. O que se busca é essa troca de olhares entre o bebê e aquele que desempenha a função de lhe cuidar. O bebê, num primeiro momento da pulsão, seria olhado por sua mãe. Aqui podemos imaginar o “olhar apaixonado” da mãe para o bebê, atenta às mínimas necessidades esboçadas por ele. O olhar é tomado aqui diferente da visão, “...olhar no sentido da presença; o olho sendo o signo de um investimento libidinal, muito mais que o órgão suporte da visão.” (LAZNIK, 2013, p 50)

A pulsão oral implicaria primeiramente o ato de alimentar o bebê, seja pelo seio seja por mamadeira. O que está em jogo aqui inicialmente é a satisfação da necessidade

física do bebê de ser alimentado. Mas não é na satisfação da necessidade física que ela se encerra, senão que existe também um ganho de prazer independente desta, como escreveu Freud (1938) no texto *Esboço de Psicanálise*. Isso explicaria, por exemplo, o uso de chupetas pelos bebês, que não alimentam como a mamadeira, mas desencadeiam uma sensação de prazer pelo estímulo da zona oral.

Finalmente, a pulsão invocante diria respeito àquilo que a mãe fala ao bebê e pelo bebê como se estivesse em seu lugar, supondo por ele. Dessa maneira, as mães costumam traduzir verbalmente o que acreditam que seus bebês necessitam quando esboçam algum desconforto como “mamãe, eu estou com muito sono, preciso dormir” frente a determinado choro. É pulsão invocante porque diz respeito à voz, àquilo que invoca o outro a entrar em relação. No caso dos bebês, é sabido que a voz dirigida a eles num estilo como o “manhês” desperta mais atenção, sendo mais eficaz para fisgar o olhar e conseqüentemente estabelecer uma relação com quem lhes fala. (PARLATO-OLIVEIRA, 2009; MAHDAHAOUI, A. ; CHETOUANI, M. ; PARLATO-OLIVEIRA, E. et al., 2010)

Quando tudo vai bem, o bebê assume uma posição ativa frente a esses registros, colocando-se na cena. Assim, além de ser olhado por sua mãe, ele também busca esse olhar. Além de ser alimentado, ele suga seus próprios dedinhos ou traz à boca a sua chupeta ou mamadeira, sentindo prazer nesses atos que dizem respeito a uma manipulação do próprio corpo. Finalmente, o bebê também se faz perceber por sua mãe para que ela lhe toque ou brinque, demonstrando prazer nesse jogo. Esse é o momento em que o bebê passa também a brincar com sua mãe ativamente lhe oferecendo partes do próprio corpo para que ela lhe faça cócegas ou beije, sentindo prazer com isso. O bebê estaria assumindo aqui uma posição ativa no prazer da mãe ao mesmo tempo em que também se satisfaz por ser objeto do prazer dela. Esse jogo de se fazer objeto do outro é o que coroaria a emergência do terceiro tempo no circuito pulsional, podendo aparecer já a partir dos 3 meses de vida do bebê. Laznik (2013 p 64) com relação ao fechamento do terceiro tempo do circuito pulsional disse: “Creio poder afirmar que a instauração do terceiro tempo do remate pulsional instaura a alienação na sua dimensão real.”

A alienação seria então o resultado desse processo segundo o qual o bebê se coloca à disposição do desejo do outro. Alienação seria então uma posição subjetiva produzida por uma comunicação singular entre mãe e bebê. Segundo os estudos de Trevarthen (2004), o bebê já nasceria com uma tendência a compreender o mundo por meio das

peças que lhe são mais próximas – pais ou cuidadores, o que Golse (2013) denomina de intersubjetividade primária, enquanto que a secundária, para este autor, abrangeria o processo de alienação descrito pelo campo psicanalítico. Tendo essa tendência à comunicação, o bebê estaria desde seu nascimento disponível e interessado na relação com o outro que lhe cuida, o que se efetuará a partir da coordenação e antecipação precoce de suas expressões vocais, gestuais e posturais. Essa antecipação precoce realizada pelo cuidador produziria esse estado de alienação no bebê, importante para que ele se sentisse seguro e compreendido em suas expressões, de maneira a permanecer em relação com quem lhe é mais próximo – mãe ou cuidadores. Essa posição de alienação frente ao desejo do outro estaria na base do surgimento do sujeito para Lacan.

Lacan, no seminário 11, (1964/1988) ao explicar sobre o surgimento do sujeito falou em duas operações lógicas: alienação e separação. Alienação na linguagem e separação do objeto *a*, que vem a ser o objeto da demanda e do desejo – geralmente representado na figura que exerce a função materna. Essas seriam as operações necessárias para o surgimento do sujeito, e aqui faz-se importante lembrar que o sujeito para Lacan não é a mesma coisa que “eu” ou “indivíduo” pensados enquanto instâncias a que se faz auto referência de maneira consciente. O conceito de sujeito proposto por Lacan e utilizado como referência neste trabalho vem a ser aquele que fala a partir do inconsciente, nas palavras do autor: “No inconsciente, excluído do sistema do eu, o sujeito fala” (Lacan, 1978/1992, p. 80). O sistema do eu diria respeito à consciência enquanto que o inconsciente seria a via de comunicação do sujeito. O sujeito se configuraria a partir de uma posição inconsciente, pela via do desejo do outro. O outro do bebê seriam seus pais. Pensemos então na díade mãe bebê a partir desses dois processos psíquicos propostos por Lacan para a emergência do psiquismo, alienação e separação.

Como foi dito anteriormente, desde o nascimento o bebê ocupa uma posição importante na relação que estabelece com o seu cuidador. Indo tudo bem, o circuito pulsional estará fechado com as pulsões escópica, oral e invocante em pleno funcionamento no bebê que estará ocupando uma posição de alienação, já discutido anteriormente. Completado este circuito, o bebê estará apto à fase seguinte de desenvolvimento do seu psiquismo proposto por Lacan: o estágio do espelho.

No período de 6 a 18 meses de vida, o bebê é apresentado pelo seu cuidador primordial a sua própria imagem frente ao espelho (espelho entendido metaforicamente enquanto olhar materno) e este é capaz de ver-se de maneira inteira, ou seja, com um

corpo estruturado por mãos, pés, braços, cabeça, etc. Essa fase, denominada de estágio do espelho para Lacan anuncia o momento da unificação de um corpo antes despedaçado. Nesse sentido, Lacan (1998, p.97) afirma que “basta compreender o estágio do espelho como uma identificação, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem (...)”. Assim, logo após se ver no espelho, o bebê irá procurar o rosto materno para confirmar que esta imagem refletida é dele mesmo e não de sua mãe. A confirmação feita por sua mãe será fundamental para o bom desfecho da fase. Ao final, se tudo correr bem, o bebê será capaz de assumir uma imagem corporal unificada. Laznik (2013) pontuou que esta imagem corporal unificada só seria possível pelo olhar da mãe, e nesse sentido, a mãe necessitaria de um aparelho psíquico capaz de ter uma ilusão antecipadora do bebê cabendo a ela ver o que ainda não está lá.

Constituída essa imagem, o bebê tem agora um corpo unificado e um lugar de objeto de desejo para aquele que faz a função materna, uma vez que ao assumir para a criança que esta é sua imagem refletida, estará também mostrando que deseja essa criança assim como ela se vê. O bebê irá assumir essa imagem por amor à mãe (ou ao pai quando for este a mostrar a imagem ao bebê), assumindo assim o lugar do desejo materno. Nas palavras de Lajonquière (2003, p.168), “a criança se prende (agarra-se) a essa imagem, porque, em última instância, é assim que se faz objeto do desejo materno”.

Assim, a mãe vai desempenhando a função materna, à medida que, movida pelo desejo, ela oferece uma imagem ao bebê, antecipando ali um sujeito. É importante ressaltar que a função materna, não obrigatoriamente será desempenhada pela mãe. Às vezes é uma avó ou mesmo o pai quem assume essa posição de supor um sujeito de desejo no bebê, sendo justamente porque alguém lhe supõe antes, que o sujeito pode advir depois. Isso é o que Laznik-Penot (2003, p.39) chama de ilusão antecipadora dos pais, “[...] onde eles percebem o real orgânico do bebê aureolado pelo que aí se representa, aí ele poderá advir”. Como se a criança crescesse, e antes mesmo, que aparecesse, sob a luz do olhar dos pais, sendo essa luz compreendida enquanto desejo antecipatório de características ou capacidades desse bebê.

Outra característica da função materna é sua função transitiva de supor algo no bebê a partir do que ele esboça querer. Como explica Jerusalinsky (2011 p 29) “[...] é a mãe quem provisoriamente sustenta, a partir do crivo de seus próprios traços inconscientes, a possibilidade de que o que acomete o organismo do bebê ganhe o estatuto

de uma representação.” Um exemplo dessa transitividade é quando o bebê esfrega os olhos e a mãe lhe supõe estar com sono e lhe embala para adormecer ou frente a um choro a mãe lhe atribui fome e lhe oferece o seio. Função materna transitiva no sentido de ser um saber que a mãe supõe acerca do seu bebê.

Mas não só saber, senão também acesso um gozo como lembra Jerusalinsky (2011, p 27) “[...] quando a mãe diz “hum!” com “água na boca” diante da comidinha que oferece ao seu bebê. Ali ela, além da comida, oferece, por meio da identificação transativista, o acesso a um gozo. O bebê pode, então, tornar esse apetite o seu. E do que goza a mãe? De identificar-se ao gozo da passividade que supõe no bebê.” Esse gozo materno é necessário para que se opere a transmissão de saber da mãe sobre seu bebê e para que este possa se apropriar dessa representação oferecida por sua mãe sobre seu próprio corpo. Assim, pela função materna, a experiência no organismo real do bebê vai sendo representada num corpo imaginário e simbólico para ele mesmo.

Quando a função materna por diferentes motivos falha e a alienação não se processa, corre-se o risco do desenvolvimento de uma estrutura autista no bebê. A alienação é importante para que o bebê seja “capturado” pelo desejo materno ao mesmo tempo em que se deixa capturar, o que não ocorre no autismo. Como explicou Kupfer (2000), quando há falhas nesse processo de reconhecimento recíproco entre mãe e bebê acarretando em perdas constantes em sua realimentação, o bebê tende a evitar o rosto materno, demonstrando os primeiros sintomas do autismo. Entretanto, se a alienação é necessária para que o sujeito possa advir, será a operação de separação que permitirá ao bebê se afastar da mãe, podendo viver como um sujeito separado dela, “escapando” do desenvolvimento de uma estrutura psicótica. A separação por sua vez será operada pela função paterna.

A função paterna, assim como a materna, vem a ser uma função simbólica que será exercida pelo pai ou por outra pessoa que ocupe esse lugar, às vezes um tio, avô, em alguns momentos a própria mãe ou até mesmo alguém que não tenha uma ligação direta com a família, mas que a mãe tem como referência para si enquanto figura representativa da lei. Enquanto função, a posição paterna representa a entrada de um terceiro elemento na relação mãe-bebê, tirando-o de seu lugar de único objeto de desejo da mãe. Esta posição está presente desde o início no suporte a posição materna e emerge no discurso materno, se tudo vai bem. Sua participação se intensifica e assume outros desdobramentos no período em que a mãe volta a exercer as atividades que fazia antes do filho, seja no lar

ou fora dele, quando já não se sente obrigada a satisfazer todas as vontades do bebê e começa a lhe apresentar pequenas regras.

Como explica Infante (2000 p 100) sobre a FP (função paterna):

É ela que introduz a lei no jogo imaginário estabelecido entre a mãe e a criança, determinando para a criança a impossibilidade de ser objeto do desejo materno e à mãe a permanência da criança como compensação da falta fálica. É, portanto, a castração materna que se impõe pela ação da FP e as consequências disto para a criança.

Ou seja, o que irá operar a separação será justamente a castração materna vivenciada pela mãe quando ela mesma era uma criança. A castração enquanto limite de gozo necessário para que se processem outras saídas para a realização do desejo.

Caso não haja castração via função paterna, mãe e bebê correriam o risco de permanecerem na operação de alienação que promove gozo em ambos por meio de uma identificação simbiótica, na qual um é objeto e demanda de desejo do outro. Isso caracterizaria, por exemplo, o risco para emergência dos quadros de psicose e perversão.

Quando a FP se efetiva na relação mãe bebê, é possível que ambos existam separados um do outro e possam inclusive, obter gozo nessa separação. A mãe por meio da sensação de “ter sua vida de volta” à medida que consegue ter tempo para realizar seus desejos também, e o bebê - à medida que vai experienciando pela falta da mãe ou pelo tempo de espera que está sendo submetido até sua satisfação - a constituição de seus próprios desejos. Nesse sentido que se fala em falta estruturante, ou seja, uma falta que ao privar o bebê da realização direta de seus desejos lhe impõe uma necessidade de criar algo no lugar. Isso que se cria no lugar da falta vem a ser o próprio sujeito.

Assim, a emergência do psiquismo estará pautada em processos estruturantes que se dão na relação entre o bebê e aqueles que exercem as funções parentais. Como vimos, o bebê humano nasce sempre prematuro, quando tomado do ponto de vista psíquico. É da subjetividade humana a condição de “vir a ser” um sujeito, não havendo determinantes biológicos para a instalação de um psiquismo humano de antemão. Nesse sentido afirmam Coriat e Jerusalinsky (1987 p 70) segundo a constituição de um sujeito no bebê, que esta será “[...]efeito de um desejo parental refletido em um sistema nervoso que o possibilita, mas que não o contém. ” O biológico é condição de possibilidades, onde as inscrições psíquicas feitas a partir da relação com o outro, irão efetivar, ou não, a emergência do psiquismo no bebê. As vicissitudes dessa emergência psíquica ou a maneira como ela irá se processar fazem parte do campo de estudos da detecção precoce.

2.1.2 Estratégias de Detecção Precoce a partir do Campo Psicanalítico no Cuidado aos Bebês

“ir na direção da singularidade de cada um, é isso que a Psicanálise sabe fazer. Não há contradição com os avanços atuais da ciência. Ao contrário, há um tipo de encontro surpreendente: a clínica psicanalítica e a genética ao redor da questão da irredutibilidade da singularidade.”

(Ansermet, F. In: Jerusalinsky, A. (org.) 2015 p 175)

Como se dá a instalação do psiquismo no bebê interessa ao campo da detecção precoce. Ao nascer, existe uma condição de possibilidade biológica atrelada a uma apetência simbólica por parte do bebê que lhe permite entrar em relação com o outro, e dessa maneira, se constituir enquanto sujeito. Estudos recentes mostram o cérebro humano com potência para se moldar de maneira a funcionar numa diversidade infinita de configurações que não estão previamente determinadas pela composição genética, ainda que ela imponha limites reais de complexidade, potência e modulação, mas não limites imaginários nem simbólicos. (JERUSALINSKY, 2015)

Tal concepção sobre o cérebro humano implicaria em consideramos a permeabilidade do sistema nervoso central às intervenções primárias, as quais definem os domínios da língua, modalidades adaptativas e de relações afetivas e sociais conforme a cultura em que o bebê está inserido. Ou seja,

O que demonstra o fenômeno da plasticidade, é que a experiência deixa uma marca na rede neuronal, modificando a eficácia da transferência da informação [...] Ou seja, além do inato, além de todo dado inicial, o que é adquirido pela experiência deixa uma marca que modifica o estado anterior. As conexões entre os neurônios são modificadas em permanência pela experiência e as mudanças são tanto estruturais quanto funcionais. O cérebro deve então ser considerado como um órgão extremamente dinâmico, em relação permanente com o ambiente e com os acontecimentos psíquicos ou os atos do sujeito. (ANSERMET; MAGISTRATTI, 2004, p 19-20 apud WANDERLEY, D.B.; 2013).

Essa visão implica em desnaturalizar o que está dado como genético no bebê uma vez que, segundo a epigenética, a informação genética pode ou não ser ativada a depender do ambiente. Caberia às intervenções precoces o papel de verificar o que vem no corpo do bebê em termos orgânicos e o que se constitui em termos psíquicos a partir das relações que são estabelecidas entre o bebê e seu cuidador primordial, geralmente a mãe, a fim de produzir modificações na relação em tempo de evitar a estruturação de uma

psicopatologia ou de um atraso no desenvolvimento (KUPFER, 2000; PERUZZOLO, 2016).

Assim, foi aprovado no Brasil desde abril de 2013 o projeto de lei PLS 451/2011 que tornou obrigatória a adoção pelo SUS de um protocolo de indicadores de riscos para o desenvolvimento infantil – IRDI de crianças nos seus primeiros dezoito meses de vida.

Os indicadores do protocolo IRDI foram concebidos com o intuito de ser um instrumento de avaliação de bebês que pudesse ser aplicado por pediatras durante as consultas de acompanhamento do desenvolvimento infantil. Nas palavras de Jerusalinsky (2008, p 90): “... um escorregão da orelha do pediatra para o lado do significante”.

Os indicadores são resultado de uma pesquisa multicêntrica realizada por um grupo de pesquisadores em clínica psicanalítica, os quais sentiram a necessidade de contar com um instrumento de detecção precoce do risco para o desenvolvimento, a partir de um ponto de vista que englobasse e unisse desenvolvimento neurológico e psíquico (KUPFER, 2008).

Como foram pensados com caráter preventivo e promocional, a elaboração dos indicadores teve que respeitar duas condições: que fosse para detectar risco sem inferir diagnóstico e que, enquanto instrumento de avaliação, fosse à procura de traços de saúde e não de doença, o que significa promover o olhar no sentido da busca dos indicadores presentes no bebê e na relação com o outro que favorecem o bom desenvolvimento e não o contrário (JERUSALINSKY, 2015).

Assim, teve início no ano de 2000, a pesquisa para validar um conjunto de manifestações habitualmente presentes na relação mãe-filho, e que a experiência clínica psicanalítica assinalava como sendo importantes, sendo sua ausência um fator de risco ao bom desenvolvimento do bebê. Segundo Jerusalinsky (2009), o desenvolvimento humano foi concebido aqui como o produto de uma dupla incidência; de um lado, incidindo os processos maturativos de ordem neurológica e genética, e de outro lado, os processos de constituição do sujeito psíquico, sujeito esse concebido enquanto produção de um meio social pré-existente (família, cultura, desejos dos pais, etc) e de encontros, intercorrências e acasos que ocorrem ao longo de sua vida. Assim, o crescimento físico e psíquico de um bebê está diretamente ancorado na relação com o outro que cuida dele, geralmente a mãe, e dessa maneira, no que o outro lhe deseja e supõe.

No total foram reunidos 250 pesquisadores a nível nacional entre psiquiatras, psicólogos e metodólogos, psicanalistas e pediatras que durante o período de 2000 a 2009 realizaram a aplicação do protocolo construído por *experts*. Cerca de 727 crianças foram

acompanhadas inicialmente durante seus 18 primeiros meses de vida em 11 hospitais e centros de atenção pública em 10 capitais brasileiras, e posteriormente testadas aos três anos. Dessa amostra, foram destacadas aleatoriamente 183 crianças que apresentaram risco (2 ou mais indicadores ausentes) na primeira avaliação, para serem testadas com um instrumento especialmente construído, a Avaliação Psicanalítica para crianças de três anos (AP3), além de entrevista psiquiátrica com vistas a verificar a correlação entre os casos detectados como de risco durante os primeiros 18 meses e a continuidade ou não da condição de risco aos três anos de idade. (JERUSALINSKY, 2015)

Os indicadores do IRDI foram organizados a partir de quatro princípios fundamentais para a constituição de um sujeito sem riscos ao seu desenvolvimento visto do prisma da teoria psicanalítica. Cada indicador corresponderia a um ou mais desses princípios ou Eixos que balizam a constituição da subjetividade, cuja ausência apontaria riscos para a estruturação psíquica, sendo eles: supor um sujeito (SS); estabelecer a demanda da criança (ED); alternar presença – ausência (PA); e função paterna (alterização) (FP). Tais eixos são explicados por Jerusalinsky (2015) da seguinte maneira:

Supor um sujeito: nos primeiros 6 a 8 meses de vida, um bebê não tem condições de diferenciar suas próprias manifestações gestuais ou expressivas nem mesmo suas próprias sensações advindas do próprio corpo. Isso significa dizer que o bebê está totalmente à mercê de um outro que venha a lhe traduzir essas sensações e expressões no sentido de satisfazer suas necessidades vitais além de lhe supor “vontades” que não são da ordem da necessidade, mas que vão lhe conferir características próprias como por exemplo, a posição que o bebê gosta de ficar para dormir, ou o que lhe deixa irritado ou alegre. São traduções feitas por um adulto que lhe cuida e dessa maneira supõe a tradução desse código de comunicação do que o bebê está “querendo dizer” que com o tempo o bebê irá se apropriar para se referir ao outro e a si mesmo, entrando assim num diálogo.

Estabelecimento da demanda: refere-se aos momentos em que a mãe, ou o cuidador primário do bebê, atribui ao seu choro algo da ordem de um pedido específico. Nesse momento é comum as mães falarem em “choro de fome”, “choro de sono”, “choro de colo”, por exemplo, fazendo distinções aos diferentes modos de se expressar. Ao responderem afirmativamente a essas diferentes demandas, cria-se uma experiência de satisfação no bebê que lhe é de fundamental importância uma vez que lhe dá uma sensação de amparo frente ao mal-estar das sensações que ainda estão sem nome para ele. É através das respostas da mãe que o bebê vai também reconhecendo essas sensações e

dessa maneira obtendo prazer com elas. Nasce assim a demanda como uma função fundamental de relação com o outro.

Quando a mãe está bem nessa função, ela é capaz de formular seus enunciados como um convite ao bebê para que ele deseje o mesmo que ela. Nesse jogo de comunicação entre mãe e bebê, vemos por volta dos oito meses o bebê olhando para as mesmas coisas que sua mãe está olhando, estando o desejo da mãe orientando assim o desejo do filho. Essa operação psíquica é de extrema importância para que seja possível uma abertura à entrada do pai nessa relação. A mãe é que irá fazer esse “convite” ao bebê para olhar para o pai.

Alternância entre presença e ausência: nesse eixo fica claro a importância também da falta, da não realização de todas as demandas do bebê. Uma mãe que consegue se ausentar também, está, ao mesmo tempo, frustrando o bebê em sua ilusão de onipotência, possibilitando-lhe criar algo ali onde já se colava o prazer da satisfação do desejo. Isso que pode ser criado no lugar da satisfação é o próprio pensamento. Esse espaço é o que permite ao bebê também se reconhecer separado e diferente do corpo da mãe, criando para si um esquema inconsciente do próprio corpo. Quando a mãe estabelece momentos de presença e ausência, ela abre espaço para o bebê se mostrar tanto em termos de posturas corporais diferentes quanto em termos de linguagem que ele vai utilizar para expressar suas solicitações.

Função paterna: relaciona-se a possibilidade de alteridade, ou seja, de existência do bebê em separado do seu cuidador. Isso irá emergir no exercício da função materna, pois a figura materna conseguirá ser para além de um seio que nutre e um colo que aconchega, também objeto de intercâmbio, divertimento, celebração. Esse é o plus da relação com o outro, para além da necessidade, ele pode ser fonte de prazer pelo simbolismo que carrega. É a experiência de um ato simbólico e não só real, que possibilita ao bebê se relacionar com as coisas e com o outro pela via de significações que nada tem a ver com a sua natureza em si. A presença dessa dimensão nas relações primordiais permite introduzir limites e regras à medida que a criança fica mais disposta a ceder em troca de não perder esse *plus* da relação com o outro.

A pesquisa é uma tentativa de diálogo entre a psicanálise e a ciência na vertente biológico-cognitiva do desenvolvimento infantil. O resultado são indicadores observáveis na experiência do bebê com o seu cuidador. Entretanto, o enlaçamento dos discursos que compõem sua base teórica para formular os eixos e respectivamente os indicadores, são o avesso das objetivações que caracterizam o progresso da ciência. Nessa pesquisa não

houve uma divisão entre corpo e mente, mas justamente o contrário, eles são tomados como uma coisa só. Diferente do que se tinha em todos os outros manuais, como ressalta Paulina Schmidtbauer Rocha,

“...não existia o psíquico, havia o desenvolvimento neurológico, o social, o psicomotor e tudo mais, mas não existia o psíquico. E quando existia, existia como separado e nunca era visto como integral do desenvolvimento. O crescimento era didaticamente separado do desenvolvimento; e o físico, de tudo o que poderia eventualmente incluir a palavra “psi” (ROCHA et al, 2008, p 54).

A formulação teórica da pesquisa vê de maneira indissociável o psíquico do orgânico, conferindo-lhe inclusive a “tarefa” de organizar todo o conjunto do desenvolvimento, fazendo com que tudo aconteça, tudo se junte, sustente-se. A concepção conjunta do corpo e da mente, alguma dificuldade nesse processo psíquico poderia desestruturar o desenvolvimento de aspectos instrumentais do desenvolvimento como a psicomotricidade, linguagem e alimentação (risco ao desenvolvimento) ou gerar, quando mais grave, um risco psíquico de evolução para uma psicopatologia (autismo, psicose, etc) (ROCHA, 2008). Uma ousadia científica que teve como principal objetivo de pesquisa, verificar a instalação do sujeito no *infans*, de maneira que se faz muito importante atentar que cada indicador em si não quer dizer nada, mas a articulação peculiar com outros indicadores é que lhes conferem um valor significante para apontar a subjetivação em processo. (FINGERMANN, 2008).

A pesquisa foi concluída em maio de 2008 e a análise estatística apontou que o IRDI como um todo possuiu uma capacidade maior de prever problemas de desenvolvimento do que de capacidade de prever risco psíquico. Entretanto, alguns indicadores isolados demonstraram capacidade estatisticamente significante de prever risco psíquico. São eles: *A criança utiliza sinais diferentes para expressar diferentes necessidades; A criança estranha pessoas desconhecidas para ela; A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada; Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança* (KUPFER,M.C.; LERNER, R.; 2008)

Na pesquisa que abrangeu o acompanhamento longitudinal de um grupo de crianças a partir dos Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) na realidade de Santa Maria/ RS, Vendruscolo (2014) apontou que a utilização desses indicadores permitiu identificar precocemente, na amostra estudada, que algo não ia bem nos quatro casos em que emergiu o distúrbio de linguagem e nos dois em que havia risco de psicopatologia. Como conclusão do estudo, ficou a sugestão de que o

acompanhamento do desenvolvimento de bebês devesse incluir a dimensão psíquica na rotina dos serviços de saúde.

No quadro 1, estão sintetizados os 18 indicadores por faixa etária.

Quadro 1- Indicadores clínicos de risco ao desenvolvimento infantil (KUPFER, 2008)

0 A 4 MESES INCOMPLETOS	EIXOS
1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	SS/ED
2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido à ela (mamanhês).	SS
3. A criança reage ao mamalhês	ED
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação	PA
5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	SS/PA
4 A 8 MESES INCOMPLETOS	
6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	ED
7- A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela	ED
8. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	ED/PA
8 A 12 MESES INCOMPLETOS	
9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.	ED/ SS
10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	ED
11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular	SS/PA
12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.	FP
13. A criança faz gracinhas.	ED
14. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.	ED
12 A 18 MESES	
15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.	ED/FP
16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas	ED/FP
17. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.	FP
18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.	FP

ED= estabelecimento da demanda, FP= Função Paterna, SS= Suposição de sujeito,

PA= alternância de presença e ausência.

Anterior ao IRDI, mas com a mesma orientação teórica de base, os Sinais PREAUT foram pensados também enquanto estratégia de detecção precoce de risco à emergência do psiquismo.

Marie-Christine Laznik (2008), ao explicar sobre sua descoberta dos sinais PREAUT, fala de uma experiência clínica com uma menina autista que lhe fez perceber através de sua fixação em um determinado anúncio de fraldas onde aparecia uma mãe “devorando” os pés de seu bebê, algo que era importante para esses sujeitos: a incapacidade de se colocarem no lugar do desejo do outro e gozarem a partir daí. A descoberta foi uma leitura que a analista fez do sintoma dessa criança autista, após um longo período sem conseguir entender o porquê dessa menina trazer tanto aquela propaganda de fraldas Pampers na sessão. Como Laznik mesma fala em seu texto, tratava-se de perceber o olhar da menina para a cena entre mãe e bebê (LAZNIK, 2008).

Cena esta de sedução em que o bebê se faz objeto de desejo para a mãe que o responde desejando comer seus pezinhos. Em resumo, essa é a cena que é subtraída do desenvolvimento de bebês que irão se tornar autistas. Não porque as mães não os desejem, senão porque eles mesmos não conseguem - por razões que não são ainda totalmente conhecidas pelos estudiosos - ocupar esse lugar de sedução.

Pode-se fazer um paralelo com o advento da psicanálise ao se pensar no caráter inovador dos sinais para risco ao autismo, uma vez que “... se a posição metodológica da psicanálise pode surgir como novidade em relação à medicina, isto se deu porque Freud soube ocupar outra “posição discursiva”, o que consistiu basicamente em deslocar-se do “auscultar” para o “escutar.” (KUPFER, M.C.; VOLTOLINI, R; 2008 p 98-99). Ao “escutar”, ao perceber o que não estava sendo olhado na relação do bebê com sua mãe, Laznik também promoveu um deslizamento na concepção de autismo que reposicionou os sujeitos e a teoria psicanalítica frente ao que se instala no orgânico. Não se trata de uma simples mudança de sintomas verificáveis no comportamento – o não olhar – senão de uma posição subjetiva frente ao outro. Dessa maneira, os sinais PREAUT configuram-se enquanto comportamentos observáveis na relação do bebê com seu cuidador (mãe), bem como na interação do bebê com o avaliador que aplica o protocolo.

A pesquisa PREAUT, iniciou na França em 1999, com o título “Avaliação de um conjunto coerente de instrumentos de determinação de perturbações precoces da comunicação que pode prever um distúrbio grave do desenvolvimento de tipo autista”

(Evaluation d'un ensemble cohérente d'outils de repérage des troubles précoces de la communication pouvant présager un trouble grave du développement de type autistique). Assim, a pesquisa propunha-se a ser inicialmente um instrumento capaz de verificar a presença de perturbações precoces da comunicação as quais pudessem prever um distúrbio grave do desenvolvimento de tipo autista (FERREIRA, 2013).

A partir de 2005, o Projeto PREAUT passou a desenvolver programas associados a outros países, como a Inglaterra, a Argentina e o Brasil. Em nosso país, o projeto adotou o nome de Pesquisa PREAUT BRASIL sob o título “Perturbações precoces da comunicação na interação pais-bebês e seu impacto na saúde mental na primeira infância”. Importante perceber que a pesquisa já não associava necessariamente as possíveis perturbações precoces evidenciadas na relação pais-bebê com o aparecimento posterior de patologias do espectro do autismo. Considerou-se, entretanto, que os sinais de perturbações na interação do bebê com seus pais poderiam ter um efeito negativo sobre a saúde mental da criança já nos primeiros meses e anos de vida (FERREIRA, 2013).

Laznik (1996), a partir da observação e pesquisa acerca das capacidades do bebê em seus primeiros passos rumo à linguagem, concebeu a ausência de dois sinais indicativos de interações e/ou protoconversações entre a mãe e a criança que desenvolve autismo. A presença destes sinais revelaria uma construção psíquica em constituição, enquanto sua ausência seria indicativa de perturbações da comunicação. O primeiro sinal seria o não olhar do bebê para sua mãe. O segundo sinal seria um fracasso no circuito pulsional, fundamental para a construção do aparelho psíquico.

Essa construção psíquica, atrelada ao estabelecimento de três tempos pulsionais, seria verificável na interação do bebê com sua mãe (ou seu cuidador primordial). O que estaria em questão aqui seria a satisfação da pulsão em cada tempo. A pulsão, conceituada por Freud (1915/2006), vem a ser um estímulo proveniente do interior do próprio organismo, operando enquanto uma força constante, contra a qual nenhuma ação de fuga prevalece. Nesse sentido Lacan (1979, p 159) pontua que “[...] essa boca que se abre no registro da pulsão – não é pelo alimento que ela se satisfaz [...]” A pulsão seria um conceito limite entre psíquico e somático, sendo ela “[...] o representante psíquico das excitações provenientes do interior do corpo.” (LAZNIK, 2013 p 89). Entendido dentro do circuito pulsional de um bebê, tem-se o caminho a seguir descrito:

- Num primeiro tempo pulsional, há um movimento ativo do bebê em buscar o objeto no mundo externo que irá satisfazê-lo. Como um exemplo desse tempo tem-se a busca do bebê pelo seio da mãe ou pela mamadeira.
- Num segundo tempo pulsional, o bebê ainda é ativo, porém dessa vez, o objeto de satisfação será seu próprio corpo. Aqui o bebê pode sentir prazer ao sugar o próprio dedo ou brincar com os próprios pezinhos.
- Já no terceiro tempo do circuito pulsional, o bebê/criança assumiria uma posição passiva, fazendo-se objeto do desejo do outro, num assujeitamento que o possibilitaria “[...] ascender ao campo do Outro, onde ela poderá então advir, estando assujeitada aos seus significantes.” (LAZNIK, 2013 p 63) Um exemplo desse tempo são as brincadeiras entre mãe e bebê, quando o bebê percebendo a alegria da mãe em brincadeiras onde finge lhe comer, oferece seu pezinho para que ela o “coma” e vendo ela gostar de “comê-lo”, também se diverte, ou seja em termos psicanalíticos, também goza.

Traduzidos em termos práticos, os dois sinais (olhar e três tempos do circuito pulsional) poderiam ser assim observados em uma consulta clínica:

- a) o bebê procura se fazer olhar por sua mãe (ou substituto) na ausência de qualquer solicitação dela;
- b) o bebê procura suscitar a troca jubilatória com sua mãe (ou com seu substituto) na ausência de qualquer solicitação dela.

Esses sinais seriam observados em bebês de 4 e 9 meses, a fim de se verificar a instalação ou não do terceiro tempo do circuito pulsional, qual seja, aquele em que o bebê provoca a atenção de seu cuidador(a) a fim de se fazer objeto de gozo do outro. Segundo Crespim e Oliveira (2015) a pesquisa PREAUT considerou como sinal de alerta quando o bebê não busca suscitar o olhar por prazer, seja ele de sua mãe ou do profissional de saúde que o está avaliando.

Nas tabelas 1 e 2 estão sintetizados a forma de observação dos Sinais PREAUT.

Tabela 1- Questionário PREAUT- 4º e 9º mês, 1ª parte

QUESTÃO	RESPOSTA	VALOR
1) O bebê procura olhar para		

você ?		
a) Espontaneamente	Sim	4
	Não	0
b) Quando você fala com ele (proto-conversaço)	Sim	1
	Não	0
2) O bebê procura se fazer olhar por sua mãe (ou pelo substituto dela)?		
a) Na ausência de qualquer solicitação da mãe, vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que a olha intensamente.	Sim	8
	Não	0
b) Quando ela fala com ele (proto-conversaço)	Sim	2
	Não	0
ESCORE TOTAL		

Se o escore é igual ou superior a 5, não responda às questões 3 e 4.

Tabela 2- Questionário PREAUT 4º e 9º mês, 2ª parte

QUESTÃO	RESPOSTA	VALOR
3) Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou de seu substituto)		
a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	1
	Não	0
b) Ele sorri para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	2
	Não	0
c) O bebê procura suscitar uma troca prazerosa com sua mãe (ou seu substituto), por exemplo, se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	Sim	4
	Não	0
4) Depois de ser estimulado por sua mãe (ou pelo seu substituto)		
a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	1
	Não	0

b) Sorri para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	2
	Não	0
c) O bebê procura suscitar a troca jubilatória com sua mãe (ou com seu substituto), por exemplo, se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	Sim	4
	Não	0

Cabe ressaltar aqui que, apesar dos sinais PREAUT terem sido elaborados para captarem risco para emergência de um quadro de autismo nos bebês, as pesquisas feitas com esse protocolo de avaliação vêm mostrando sua sensibilidade para captar também dificuldades no estabelecimento do laço mãe bebê, em geral. Como ressaltam Crespin e Oliveira (2015 p 441)” [...] a pesquisa PREAUT busca avaliar “ um conjunto coerente de triagem dos transtornos precoces da comunicação que podem prever um transtorno grave do desenvolvimento de tipo autístico”.

A pesquisa na França demonstrou que um importante número de bebês que apresentaram sinal de risco na prova do quarto mês mostrou que o protocolo é bastante sensível aos atrasos de desenvolvimento em geral, para além dos específicos do autismo. Esses resultados “mostram a possibilidade de utilizar o protocolo PREAUT como fio condutor para a observação dos estados de sofrimento das crianças menores de dois anos de idade” (CRESPIN e OLIVEIRA, 2015, p 447).

Atualmente a pesquisa PREAUT segue sendo realizada em alguns núcleos no Brasil. Outros núcleos estão trabalhando mais na formação de profissionais da saúde, como pediatras, psicólogos, enfermeiros, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e todos aqueles que trabalham com crianças entre zero a dois anos. Os diferentes polos da pesquisa no país realizam, em função de suas realidades diversas, pesquisas com crianças asiladas, bebês com baixa-visão e bebês prematuros, entre outros, além de oferecer capacitação para profissionais da primeira infância (CRESPIN e OLIVEIRA, 2015).

Na realidade de Santa Maria estão sendo acompanhados 140 bebês de 1 a 24 meses por meio dos sinais PREAUT, do IRDI, do teste de triagem do desenvolvimento DENVER II, filmagens da interação bebê-cuidador (em geral a mãe) e entrevista com familiares. Nesse contexto, emergem casos de risco ao desenvolvimento e risco psíquico, este avaliado tanto pelos sinais PREAUT quanto pelo IRDI.

Na pesquisa proposta nesta dissertação, interessa analisar os fatores que facilitam ou dificultam o estabelecimento da demanda por uma intervenção precoce por parte dos pais, a partir da percepção dos profissionais sobre os casos em que haja risco psíquico ou ao desenvolvimento. A hipótese inicial é de que nos de risco para o autismo, a mãe percebe que algo não vai bem com seu bebê desde muito cedo uma vez que o sintoma da falta de contato visual e resposta do bebê a sua mãe é bastante perturbador. Até agora 17 bebês permanecem em risco aos 9 meses na análise de Roth (2016). Entre os quais um

bebê com risco de autismo que foi atendido e segue em atendimento clínico de intervenção precoce (PERUZZOLO, 2016). Outro bebê com risco para evolução para quadro de autismo também recebeu intervenção por meio da musicalização e reverteu totalmente o risco observado (AMBRÓS, 2016). A adesão desses dois bebês às propostas de intervenção não foi difícil, talvez pelo fato de que o sofrimento das mães e dos bebês lhes fosse mais evidentes, sobretudo no caso relatado em Peruzzolo (2016), já que no caso de Ambrós (2016) a atratividade da musicalização oferece outras reflexões sobre o estabelecimento da demanda e outras formas de intervenção precoce alternativas ao *setting* clínico tradicional.

Portanto, acredita-se que a problemática desta dissertação estará mais colocada para as díades em que o risco não seja para uma evolução autista, pois o problema no laço implica em a mãe perceber, na maior parte das vezes, que ela está em sofrimento e que isso se reflete na relação com seu bebê.

2.2 OS TEMPOS DE ESTABELECIMENTO DA DEMANDA A PARTIR DA DETECÇÃO PRECOCE SEGUNDO GRACIELA CRESPIN

Como foi explicado anteriormente, o IRDI e os sinais PREAUT operam em uma lógica que busca valorizar o que existe na relação do bebê com seu cuidador primordial e, quando verificar a falta/falha, não a transformar de maneira imediata em patologia. Assim, quando são detectados riscos no desenvolvimento ou na estruturação psíquica do bebê, é sugerida uma intervenção precoce que será pensada a partir de cada caso em particular. Nesse sentido, alguns bebês podem ter recomendação de atendimento fonoaudiológico, outros, indicação para a terapia ocupacional ou ainda para psicologia. Entretanto, para que se efetive a intervenção enquanto tratamento – com frequência e constância além da adesão à proposta terapêutica – é fundamental que a demanda seja produzida e compreendida também na percepção dos cuidadores do bebê. Mas como realizar esse caminho? Foi justamente percebendo essa dificuldade, nas unidades de saúde materno infantil de Paris, que a psicanalista Graciela Crespin formulou uma proposta de intervenção a partir da necessidade de atendimento para os bebês.

Crespin (2012) inicia sua proposta problematizando a concepção de prevenção dentro da clínica psicanalítica à medida que, o sintoma para a psicanálise – diferente do que para uma visão médica mais biológica e positivista – tem um papel importante em

relação ao sofrimento psíquico, pois carrega uma verdade do sujeito. O sintoma, como conceituou Freud (1926) vem a ser uma formação de compromisso entre desejos inconscientes e as defesas do sujeito. Nesse sentido, o sintoma teria uma importância para o sujeito, constituindo-se na sua “solução” para um problema, que não lhe é conscientemente conhecido. Assim, sua simples retirada, acarretaria em consequências na maneira como o sujeito se organizava psiquicamente.

Além disso, Crespin pontua a questão temporal do sintoma psíquico que se processa sempre depois do que veria a ser um evento traumático, ou uma experiência de reencontro com o evento, em sua ressignificação. Ou seja, o traumático estaria ligado à ressignificação de algo que já aconteceu, e que quando se repetisse, atualizaria um sintoma no sujeito. Nas palavras da autora (livre tradução nossa): “[...] não é no primeiro encontro do sujeito com o evento que o trauma ocorre, mas num segundo encontro, um segundo evento, graças ao qual vai sentir o primeiro e organizar de forma retroativa o sintoma” (CRESPIN, 2012, p 3).

Dessa maneira, um trabalho de prevenção a partir da teoria psicanalítica não estaria ancorado numa abordagem normativa num sentido de evitar experiências que se supõem que viessem a acarretar sintomas para o sujeito de antemão. O saber psicanalítico do sujeito é à posteriori. Diante disso, o que seria prevenção? Crespin(2012) ressalta a possibilidade de escuta do sujeito como sendo essa ferramenta disponível ao profissional que trabalha com bebês e suas mães (cuidadores).

A experiência da maternidade pode reeditar e ressignificar experiências que podem vir a se constituir produtoras de sintomas na relação mãe bebê. A escuta dessas mães pelo profissional que as assiste no serviço de saúde – na França são chamadas de Centro de Proteção Materno Infantil (PMI) – se constituiria enquanto uma atitude de prevenção de sofrimento psíquico, à medida que cria um espaço para o que o sujeito julga importante falar. Assim, “[...] o que importa é que nós vamos estar lá na frente da mãe, para que ela possa entrar e nos fazer a sua pergunta”. (CRESPIN, 2012, p 4).

Essa escuta seria, então, uma posição ética de cuidado sensível já desempenhada de maneira intuitiva por muitos profissionais, segundo Crespin (2012). Ela implica em um envolvimento subjetivo e não intromissivo ao mesmo tempo, e, enquanto política de cuidado, seria objeto de discussão em reuniões de equipe. Crespin (op.cit) ressalta que a qualidade do trabalho de uma equipe estaria justamente na oportunidade de participar de

tais reuniões nas quais se compartilharia e compreenderia melhor as experiências de escuta.

Sabendo disso, da importância da escuta no atendimento das mães que trazem seus filhos para avaliação em serviços de saúde, e sabendo também de antemão pela clínica psicanalítica, que o sintoma cumpre também uma função reparadora para o sujeito, Crespim (op.cit) elaborou um protocolo de atendimento médico. Esse protocolo foi pensado em três tempos.

Num primeiro tempo, o médico recebe a mãe com sua demanda de atendimento para seu filho. Essa seria uma primeira situação rotineira nos serviços de saúde. Frente a essa procura, já com uma demanda de atendimento, o médico teria que avaliar a criança e recomendar – se necessário – um tratamento, seja ele medicamentoso ou não. Ao final da consulta, pede que a mãe retorne em quinze dias para que se possa reavaliar a criança e sua evolução. Esse procedimento já é bastante conhecido nos serviços de saúde aqui no Brasil. Até aqui, o protocolo médico não foi alterado.

Entretanto, caso na consulta de retorno, for avaliado pelo médico que a criança não evoluiu como era o esperado. Por uma série de questões que até então são desconhecidas para o médico, a mãe não se mostrou capaz de seguir suas recomendações e o tratamento não se efetuou da maneira esperada, assume-se uma outra posição frente à demanda. Essa posição é um deslocamento do médico em relação ao seu lugar de suposto saber. Essa seria a contribuição da psicanálise ao saber médico, ou seja, supor o saber do sujeito sobre si mesmo.

Nessa situação, o médico irá então colocar-se no lugar de escuta sensível do que tem o paciente (mãe) a dizer sobre o que está acontecendo com seu filho. Mas cabe ressaltar que não se trata de qualquer escuta, senão aquela que se faz com a humildade da ignorância sobre o saber do outro. O médico realmente precisaria colocar de maneira humilde e aberta ao que a mãe irá lhe falar. Como afirma Crespim:

“Se formos realmente muito humildes e respeitosos, a mãe será capaz de nos dizer coisas surpreendentes, difíceis até de ouvir, porque muitas vezes estas coisas ofendem nosso projeto racional. Muitas vezes, nestas circunstâncias, as mães nos dizem que a sua preocupação é baseada em uma crença, um evento que ocorreu na família [...] ou em particular na sua própria infância que ela teme acontecer novamente como um destino inevitável.” (CRESPIN, 2012, p 8)

O médico, usualmente, teria então três maneiras para lidar com isso que é trazido pela mãe. Poderia banalizar, não dando importância ao que foi dito. Poderia desqualificar, desfazendo qualquer relação entre uma coisa e outra. Por último, poderia interpretar, mostrando haver algum sentido entre o que é trazido pelo discurso da mãe e o sintoma da criança. Crespin (2012) ressalta a importância de um saber médico que seja simpático ao conhecimento trazido pela mãe. Esse seria o fundamento do segundo tempo. Se tudo corresse bem, a criança evoluiria e não precisaria de mais atendimentos. Caso não evoluísse, por razões diversas, entraria em cena o terceiro tempo do estabelecimento da demanda.

O terceiro tempo diria respeito a esse processo de encaminhar o bebê e sua mãe para o profissional *psi* do centro de saúde. Entretanto, não seria um simples encaminhamento, senão antes uma subjetivação da demanda por parte da mãe para que o encaminhamento faça sentido e seja efetivo. É preciso que a mãe formule uma questão para si mesma: Por que seu filho(a) está tendo determinada dificuldade. Aqui não caberia respostas e sim, a pergunta que possibilitaria subjetivar a demanda por atendimento *psi*. Crespin (2012) lembra que o tempo subjetivo é irreduzível e não passível de antecipação. Cada um terá o seu tempo para formular a pergunta que possibilitará a entrada de outro profissional para auxiliar na compreensão e modificação dos sintomas. Mais uma vez se faz presente a importância da escuta desprovida de julgamentos de antemão ou interpretações que impossibilitem o aflorar de uma pergunta sobre a própria dificuldade.

Esse outro profissional também não será qualquer um. Para que se efetive em continuidade de tratamento, é importante que seja alguém da confiança do médico, alguém que será capaz de ajudar aquela família. Crespin (2012) fala da importância das trocas de informações entre colegas para que esse encaminhamento se concretize em adesão ao novo tratamento. Essas trocas seriam possíveis em reuniões de equipe.

Enfim, o protocolo de atendimento médico feito por Graciela Crespin para os Centros de Proteção Materno Infantil (PMI), propõe uma posição ética de cuidado ao outro que implica numa escuta em três tempos diferentes. Esses tempos mostram a passagem de um saber “médico centrado” para um saber “paciente centrado”. A subjetivação da demanda passa por essa inversão de lugar do suposto saber: é o outro que possui um saber sobre si e que pode, com o auxílio do médico, perceber esse saber enquanto uma dúvida, uma pergunta capaz de produzir uma demanda por tratamento.

Esse percurso, objetivamente detalhado por Crespín, vai ao encontro do que inicialmente Freud (1913) propôs como sendo *tratamento de ensaio*. Freud sugeriu que fossem feitas sessões de terapia uma ou duas semanas antes de iniciar de fato a análise para fins de melhor conhecer o caso, inclusive para avaliar se seria recomendada a análise, e por possibilitar o estabelecimento do diagnóstico diferencial, sobretudo entre neurose e psicose, algo essencial para definir a direção do tratamento.

Assim, também Lacan (1971) recomendava as sessões anteriores ao começo da análise propriamente dita, e deu a essas sessões o nome de entrevistas preliminares. Tratavam-se das primeiras sessões realizadas, nas quais por meio da associação livre o paciente falava e o terapeuta ouvia de maneira a pouco interferir ou interpretar, respeitando o tempo de construção, a partir desses encontros, da transferência necessária para a instauração de um processo analítico em si. Essa transferência que colocaria o terapeuta no lugar de suposto saber. Segundo Lacan, as entrevistas preliminares é que viabilizariam o tratamento. Em suas palavras, *“Certamente elas têm uma função essencial para a análise. Não há entrada possível em análise sem entrevistas preliminares”* (LACAN, 1971 p27)

Acredita-se que o que Crespín (2012) afirmou para a equipe médica, pode ser deslocado para a equipe de saúde formada por Enfermeiros, Psicólogos, Educadores e demais profissionais envolvidos na puericultura. Na realidade brasileira, a puericultura nas unidades de saúde é realizada basicamente por enfermeiros e, em alguns casos, por médicos. Na proposta desta pesquisa, como não há equipes de puericultura na cidade utilizando o IRDI e sinais PREAUT, a equipe de puericultura acessada foi a equipe formada pelos alunos do grupo de pesquisa, profissionais de Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia, envolvidos na detecção e intervenção precoce na pesquisa com 140 bebês acompanhados entre um e vinte e quatro meses, cujos detalhes serão apresentados no método. Por hora, interessa observar como esta equipe que estuda a emergência do psiquismo, detecção e intervenção precoces, está percebendo a subjetivação da demanda em seu trabalho.

2.3 A INTERVENÇÃO PRECOCE: A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL PSI

A história do saber médico científico dividido em especialidades foi construída predominantemente sobre os pilares da lógica empírico-positivista. Segundo Jerusalinsky (2006), as disciplinas oriundas dos estudos neurofuncionais como a fisioterapia e a fonoaudiologia bem como as advindas dos estudos neuropsicológicos como a psicologia das habilidades e do comportamento em seu sentido maturativo, responderam em menor ou maior grau ao princípio empírico-positivista. Isso significou entre outras coisas, conceber sujeito e objeto de maneira separada sendo a clínica também vista nesse molde que “isolava” o fenômeno do sujeito resultando em operações clínicas orientadas pelo espírito pragmático. Não se pode negar que se obtém até os dias de hoje alguns resultados práticos desse formato clínico focado no tratamento das enfermidades – entendidas enquanto partes anatômicas do corpo – entretanto, também é correto afirmar que os efeitos subjetivos dessa abordagem clínica mostravam-se completamente incertos.

Dentro dessa lógica, segundo Jerusalinsky (2006), nos anos 60 e 70 não era raro encontrar crianças recebendo simultaneamente vários tipos de tratamentos de diferentes áreas com diferentes profissionais. Na lógica onde “cada um faz a sua parte”, a criança era vista por partes a fim de melhor tratar cada aspecto. Essa abordagem multiprofissional fragmentada deixava consequências simbólicas para a criança que se via perdida em meio a tantos sistemas de significações. Além disso, as abordagens múltiplas e separadas contribuíam para desautorizar o saber dos pais a respeito do próprio filho, uma vez que pouco ou nada participavam do tratamento. Além disso, a tecnificação da língua de referência para a criança contribuía para o sentimento de exclusão parental.

Com uma proposta de atenção integral ao desenvolvimento infantil, visto de uma maneira a aliar organismo e psiquismo, a intervenção precoce junto a bebês vem propondo pensar a clínica a partir de diferentes áreas da saúde, num diálogo entre as disciplinas, entretanto, com o mínimo de rotatividade de profissionais de referência para o bebê e seus cuidadores. Cabe destacar que essa discussão sobre intervenção precoce é bastante atual no Brasil, uma vez que a construção histórica da intervenção no desenvolvimento infantil se constituiu enquanto uma prática compensatória e higienista, datada nos anos 60. Trazida para os dias atuais, a intervenção precoce teria como proposta minimizar fatores de risco que possam acarretar em déficits ou problemas de desenvolvimento, objetivando que a criança possa desenvolver todo o seu potencial e constituir-se enquanto sujeito psíquico. (CUNHA, BENEVIDES, 2012)

Segundo Peruzzolo (2016), intervenção precoce seria um atendimento clínico especializado no desenvolvimento infantil que aconteceria nos primeiros três a quatro anos de vida do bebê. Esse atendimento englobaria uma compreensão dos processos de amadurecimento neurológico, processo de constituição psíquica, cognitiva e linguística além das construções motoras e sensoriais. Nesse sentido, Franco (2015) enfatiza que a janela de tempo para a intervenção difere conforme a legislação, sendo que em alguns lugares considera-se intervenção precoce até os 6 anos, outros até os 5 e no Brasil até os 3 anos de idade lembrando que o limite de intervenção está ligado à plasticidade cerebral, na lógica do “quanto antes, melhor”. Dentro dessa proposta, o terapeuta atuante na clínica de intervenção precoce deveria ter uma formação diferenciada, com conhecimentos acerca do desenvolvimento do bebê em seus diferentes aspectos, além de dominar questões que envolvessem a maternidade e a paternidade neste período, a fim de compreender as dinâmicas familiares presentes na cena do bebê. Como diz Vaccaro (2003) assim como os bebês costumam deslocar suas mães de seus lugares pré-estabelecidos, a clínica também implica em novas articulações com outras disciplinas para que a prática seja terapêuticamente possível. Essa clínica que articula diferentes saberes, indo além dos saberes especializados para a produção de um conhecimento de mundo menos fragmentado, ou seja, um saber transdisciplinar, é o que se espera produzir na equipe de intervenção precoce (FRANCO, 2015).

Pensando dentro das políticas de saúde no Brasil, é correto afirmar que a intervenção precoce está prevista dentro do Plano Nacional de Humanização (PNH) aparecendo principalmente nas linhas de cuidado para gestantes e recém nascidos, incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do desenvolvimento, atenção à saúde mental, ao programa mãe-canguru, à estratégia de acolhimento mãe-bebê na unidade básica após a alta da maternidade e atenção à criança portadora de deficiência. (CUNHA, BENEVIDES, 2012)

A Psicologia, por sua vez, também comparece na intervenção precoce de diferentes maneiras, aparecendo principalmente dentro das linhas de cuidado materno infantil (SETUBAL, 2009; BALTAZAR, GOMES, CARDOSO, 2010; LOSS, CAPRINI et al 2015) Nesse cenário, são citadas como principais contribuições da Psicologia a promoção e ampliação do pensar na equipe, motivação da humanização do atendimento e a prevenção em saúde mental e sugerir ações específicas para potencializar os efeitos

do cuidado altamente especializado (como os realizados em UTIs neonatais, por exemplo).

Nesse cenário, a atuação do profissional *psi* em uma equipe de detecção e intervenção precoce precisa ser também pensada e articulada na singularidade de cada caso, estando às vezes como profissional de referência outras como ator coadjuvante da equipe em que outro profissional esteja referenciado à família e ao bebê.

Trazendo para uma equipe de detecção e intervenção precoce de risco psíquico em bebês, a atuação do profissional *psi* precisa ser pensada e articulada na singularidade de cada caso, colocando-se, às vezes, como profissional de referência, outras como auxiliar coadjuvante da equipe em que outro profissional esteja referenciado à família e ao bebê. E nesse novo cenário de atuação profissional em que a técnica está também em construção junto com a teoria, o que mais chama a atenção é o próprio *setting* terapêutico no qual é preciso incluir todos os atores para melhor planejar e atuar no sentido de promover um bom desenvolvimento do bebê.

Nesse sentido, é importante que o profissional *psi* esteja aberto para ouvir o saber dos pais a respeito do filho e seu desenvolvimento. Assim podemos destacar duas atuações clínicas, que já ocorrem no grupo de pesquisa do qual este trabalho faz parte: atuação com o bebê e sua família, e atuação com a mãe ou cuidador primordial do bebê (sabendo-se que a mãe não será necessariamente a biológica, senão a figura que ocupa esse papel para o bebê).

Na atuação com a díade família e o bebê, o profissional *psi* tem um papel clínico de, por meio de seu olhar e participação ativa e lúdica na relação do bebê e seus cuidadores primordiais, bem como na escuta e discussão de situações cotidianas, capazes de permitir um deslizamento simbólico nessa relação. Esse deslizamento simbólico está relacionado com a maneira inconsciente com que a mãe ou cuidador(es) primordial(ais) percebe(m) e compreende(m) o bebê e seus comportamentos. Caberia ao terapeuta por meio de distintas cenas, dando o modelo ou verbalizando indagações e demandas do bebê aos pais, permitir que aquilo que está obstaculizando o desenvolvimento do bebê, ceda. Esse “dizer”, dito a partir de distintos lugares (em silêncio no modelo de brincadeira que libidiniza o corpo do bebê dando-lhe borda e escuta e atende sua demanda, ou na mimetização da fala do bebê endereçando demandas aos pais) poderia criar as condições para que os pais

refletissem e se revissem na relação com seu bebê, o que já implica em alguma predisposição dos pais para receber ajuda.

Essa abordagem é usual em casos nos quais há uma lesão biológica do bebê, pois nesses casos, os pais procuram profissionais para ajudar, em geral da área instrumental, que tentarão do mesmo modo fazer essa escuta e ressignificação. Cabe ressaltar que não se está falando de casos em que já exista um psicodiagnóstico, senão casos que, a partir das avaliações realizadas pelo grupo, demonstraram necessidade de um olhar mais atento da equipe a fim de minimizar as chances de aí se produzirem sintomas que possam vir a anunciar uma estruturação psicopatológica e/ou criem obstáculos para o desenvolvimento do bebê. (PERUZZOLO, 2016).

Na atuação com a mãe, o terapeuta ocuparia um lugar mais tradicional de escuta de demandas a partir do lugar de suposto saber, ou seja, um lugar imaginado pelo paciente no qual o terapeuta tem um saber acerca de suas questões. É comum, na equipe na qual se insere esta pesquisa, que essa seja uma atuação do profissional *psi*, emergente a partir de desdobramentos de demandas familiares que surgem durante os atendimentos clínicos de intervenção precoce, realizados por fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Em alguns casos, no entanto, foi possível fazer a família perceber que se poderia começar na intervenção precoce por um profissional *psi* mesmo quando procuram a fonoaudiologia, por exemplo. Restou, no entanto, o desafio de poder derivar bebês em risco psíquico para o profissional *psi*, ou aos demais com formação para realizar esta abordagem. Isso poderia ser decidido a partir de um saber a ser construído pela equipe acerca do estabelecimento da demanda e da adoção do que Graciela Crespin disse em comunicação oral (CRESPIN, 2016): “Quem sabe a senhora conversa com a Dona Fulana. Ela sabe muito de bebês e poderá lhe escutar e ajudar”. Segundo Graciela a Dona Fulana não precisa ter uma identificação profissional, mas a ela deve ser suposto um saber sobre bebês, o que pode diminuir resistências a buscar o profissional *psi* já assinaladas por Vaccaro (2003) ao constatar que crianças que não falam são usualmente levadas a Fonoaudiologia, mesmo que claramente haja uma motivação psíquica para o sintoma.

Assim, levando-se em consideração todo percurso teórico detalhado até aqui, e sabendo-se das dificuldades encontradas junto ao grupo de pesquisa que avalia os bebês

para encaminhamento à intervenção em caso de risco, apresenta-se como objetivo deste trabalho, analisar a percepção dos profissionais com relação aos processos de avaliação e encaminhamento para intervenção de bebês através dos protocolos IRDI e sinais PREAUT, bem como discutir elementos para a inserção desses protocolos em uma equipe de saúde.

3. MÉTODO

Na busca por construir uma interpretação da realidade do estabelecimento de demanda em um programa de detecção precoce de risco psíquico, apesar das bases teóricas da psicanálise, assume-se um certo ecletismo metodológico, baseados em Turato (2013, p 244) o qual ressalta que alguma dose de ecletismo é possível: “O ecletismo, isto é, a busca e a aplicação dos elementos que consideramos bons e utilizáveis em cada sistema de pensamento, vejo-o como altamente recomendável a cada estudioso e a cada equipe de pesquisadores.”

Nessa proposta, o pesquisador clínico-qualitativo aparece como um sujeito com ampla consciência dos elementos existenciais humanos, e deixando-se mover por eles para a sua compreensão profunda, acolhendo, assim, as angústias e ansiedades do outro. Turato (2013) deixa claro que estes elementos estão presentes de forma geral no método qualitativo, porém defende que, nesta abordagem clínica, o investigador tem consciência e postura amplas em relação a eles, participando dos pressupostos da pesquisa, objetivos e interpretação dos resultados.

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado nos moldes de uma pesquisa qualitativa, com análise de conteúdo de entrevistas. Segundo Creswell (2010), a pesquisa qualitativa é um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano. Assim, as entrevistas foram feitas com profissionais da área da saúde que compõem um grupo de pesquisa sob orientação da professora Ana Paula Ramos de Souza, as quais fazem o acompanhamento do desenvolvimento de bebês de 0 a 2 anos de idade utilizando para isso dentre outros instrumentos, o IRDI e os sinais

PREAUT. A partir dessas avaliações, constatou-se uma dificuldade em, verificando a necessidade de intervenção precoce, efetivar o encaminhamento do bebê e de sua mãe. Desta maneira, as entrevistas abrangeram a percepção dessas profissionais que compõem o grupo de pesquisa e avaliação, acerca dos processos de avaliação e encaminhamento de bebês para intervenção, bem como o debate para discutir elementos para a implementação dos protocolos IRDI e Sinais PREAUT em uma equipe de saúde. Segundo Garnica (1997), a pesquisa nas abordagens qualitativas é concebida como uma trajetória circular em torno do que se deseja compreender, não priorizando princípios, leis e generalizações, mas sim a qualidade, os elementos que possam ser significativos para o observador-investigador.

Desta forma, os resultados desta pesquisa não são conclusões fechadas, justamente por não possuírem um caráter definitivo, mas sim a proposição de um caminho para melhorar a efetivação da avaliação e quando necessário encaminhamento para intervenção precoce de bebês que estejam em risco psíquico.

3.2 PARTICIPANTES

Fizeram parte deste estudo oito profissionais que compõem o grupo de pesquisa em detecção e intervenção precoce, coordenado pela orientadora desta pesquisa, responsáveis por realizarem as avaliações e intervenções terapêuticas de bebês e suas mães, quando necessárias. Neste grupo de pesquisa, que realiza a coleta da pesquisa maior, encontram-se duas psicólogas, uma fisioterapeuta, duas terapeutas ocupacionais e três fonoaudiólogas que participaram da amostra deste estudo.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O critério de inclusão para as avaliadoras foi terem participado ativamente do processo de avaliação dos bebês na pesquisa maior ou terem realizado algum tipo de intervenção precoce em casos avaliados pelo grupo, bem como aceitarem participar da pesquisa.

O critério de exclusão foi não aceitar participar da pesquisa ou ter tido passagem rápida pela mesma que não lhe permitiu defrontar-se com casos de risco durante a coleta.

3.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada uma entrevista individual com cada avaliadora com base em um roteiro que abordou a sua percepção acerca de elementos para se pensar a inserção de protocolos de avaliação de risco psíquico em bebês no sistema de saúde bem como estratégias na avaliação que favorecessem o estabelecimento da demanda por intervenção, quando necessário. As entrevistas eram agendadas previamente respeitando o local e horário mais confortável para a entrevistada. Dessa maneira, duas entrevistas foram realizadas com auxílio do Skype e seis foram realizadas de maneira presencial. Para tanto, foi abordada sua experiência durante a pesquisa realizada com os Sinais PREAUT e protocolo IRDI em uma UBS, bem como sobre sua experiência de estabelecimento de demanda junto às mães, fosse para intervenções grupais ou individuais.

A entrevista foi pautada na experiência obtida com as avaliações realizadas na pesquisa mãe da qual este estudo faz parte e/ou na pesquisa individual das colegas em seus cursos de mestrado e doutorado, já que todas são pós-graduandas dos PPGs em Psicologia e em Distúrbios da Comunicação Humana da UFSM.

É importante descrever que a pesquisa maior teve início da coleta em Agosto de 2014, na cidade de Santa Maria, com coletas realizadas no Hospital Universitário de Santa Maria, na Unidade Básica de Saúde Paulo Wilson Noal (Camobi) e no Serviço de Atendimento Fonoaudiológico da UFSM. Foram captados aproximadamente 140 bebês com idade de um mês durante a realização do teste da orelhinha no HUSM ou durante a consulta de realização do teste do pezinho na UBS. Esses bebês, acompanhados de suas mães ou cuidadores, seguiram sendo avaliados segundo as fases propostas no protocolo IRDI e Sinais PREAUT.

Também foram realizadas filmagens padronizadas em 15 minutos em cada fase de avaliação, a fim de que se pudesse analisar posteriormente como se davam as interações entre mãe/cuidadora e bebê, e as interações do bebê com objetos. Alguns bebês que tiveram recomendação de intervenção precoce até o momento receberam atendimento terapêutico individual ou grupal – grupo de musicalização. Assim também foram atendidas algumas mães que solicitaram acompanhamento psicológico.

As entrevistas com as profissionais, cujo roteiro está no anexo I, foram transcritas e a análise dos dados foi feita segundo o método qualitativo descrito por Minayo (2010, p.57) que “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”. No presente trabalho, isso significou valorizar os dados coletados pensados dentro das experiências de cada entrevistada, obtidas durante a realização das avaliações dos bebês. Cabe ressaltar que todas as entrevistadas faziam também suas pesquisas de mestrado e doutorado a partir dos dados coletados na pesquisa maior “Análise Comparativa do Desenvolvimento de Bebês Prematuros e a termo e sua Relação com Risco Psíquico: Da detecção a Intervenção” sendo que este trabalho funcionou, de alguma maneira, como uma avaliação geral da percepção das profissionais sobre a aplicabilidade e viabilidade de instrumentos utilizados na pesquisa maior (IRDI e sinais PREAUT).

As categorias emergiram a partir da relevância adquirida nas falas após uma análise flutuante dos dados e foram analisadas e discutidas a partir de teorias do desenvolvimento infantil com base em psicanálise e na perspectiva do conhecimento sobre as políticas públicas na linha de cuidado materno infantil.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto de Dissertação de Mestrado compõe uma pesquisa maior intitulado. “Análise Comparativa do Desenvolvimento de Bebês Prematuros e a termo e sua Relação com Risco Psíquico: Da detecção a Intervenção”, aprovado no CEP-UFSM sob CAE: 28586914.0.0000.5346 da UFSM. Assumimos o compromisso de cumprir integralmente os princípios da Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Além disso, garantimos a autonomia da participante de maneira que esta possa livremente decidir quanto a sua participação ou não na pesquisa. Uma vez que este estudo envolve seres humanos, respeitaremos os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, conforme apontam as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde) e a Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia. As participantes, depois de esclarecidas quanto aos objetivos e procedimentos

da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO II).

4. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados obtidos com as entrevistas feitas com as profissionais que realizaram avaliações de bebês junto ao projeto de pesquisa “Análise

comparativa do desenvolvimento de bebês prematuros e a termo e sua relação com risco psíquico: da detecção à intervenção”, que teve como foco o acompanhamento do desenvolvimento dos bebês, a detecção precoce e, quando necessário, o encaminhamento para a intervenção precoce.

Para melhor visualização, será apresentado no quadro 2 com a caracterização da amostra desta pesquisa, contendo dados referentes à formação, tempo de prática, tempo de estudos no projeto de detecção e intervenção precoce e funções desempenhadas na pesquisa com os bebês.

Em seguida, serão apresentadas as categorias elencadas a partir da análise dos dados sendo assim descritas: atitudes da equipe frente à percepção de que algo não ia bem no desenvolvimento do bebê – observar, acolher/escutar, orientar, encaminhar; o papel da formação da equipe para acompanhar/avaliar o desenvolvimento de bebês – um olhar compartilhado; a ambivalência na percepção dos sintomas por parte da mãe – sintomas físicos e sintomas psíquicos e elementos para pensar a implementação dos protocolos IRDI e PREAUT em equipe de saúde.

Quadro 2 – Descrição geral das participantes da pesquisa

	Formação	Ano de formação	Entrada no grupo de pesquisa	Funções desempenhadas na pesquisa
E1	Terapeuta Ocupacional	2014	Desde 2013	Avaliadora
E2	Fonoaudióloga	2002	Desde 2013	Captação de bebês, Agendamentos de avaliação e avaliadora.
E3	Psicóloga	2013	Desde 2014	Captação de bebês, avaliadora e intervenção precoce
E4	Terapeuta Ocupacional	1991	Desde 2011	Intervenção precoce
E5	Fonoaudióloga	2010	Desde 2014	Captação de bebês e avaliadora
E6	Fisioterapeuta	2012	Desde 2013	Avaliadora
E7	Psicóloga	2012	Desde 2014	Captação de bebês, agendamento de avaliação e avaliadora
E8	Fonoaudióloga	2009	Desde 2011	Captação de bebês, agendamento de avaliação e avaliadora

4.1 ATITUDES DA EQUIPE FRENTE À PERCEPÇÃO DE QUE ALGO NÃO IA BEM NO DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ

As profissionais que realizaram as avaliações dos bebês ao serem questionadas sobre que atitudes tinham frente à percepção de que algo não ia bem no desenvolvimento dos bebês mostraram-se cautelosas, referindo cuidado para não despertar preocupações no imaginário das mães em relação à saúde de seu bebê. Assim podemos ver afirmações do tipo:

“Quando a gente identificava que algo não ia bem, no desenvolvimento do bebê, dificilmente eu cheguei a apontar alguma coisa pra mãe a ponto de deixar ela ir com essa informação pra casa e ter que lidar com isso sozinha.” (E1)

“ Alguma alteração? Que não fosse muitas? Se a gente falava alguma coisa pra mãe? Não. Não era dito nada. A gente ficava atento pra rever a filmagem e na próxima avaliação verificar como é que estava, se a criança continuava em risco ou não.”(E2)

“A gente conversava entre nós ali da pesquisa, com a psicóloga ou se eram questões de fala ou questões da alimentação com uma das outras gurias, fisio e com a fono que estava por ali e depois a gente discutia no grupo de pesquisa com a professora Ana¹, com a D². e as outras colegas.”(E3)

“...olha a gente até avaliou um menino, que agora eu lembrei que realmente a gente encaminhou o menino. Eu e uma outra colega fono nós observamos que havia um certo risco psíquico, mas não falamos pra mãe, né, preferimos primeiro conversar com a equipe pra aí a partir disso tomar uma atitude como o encaminhamento né, alguma coisa assim.” (E5)

“...então naquele momento a gente optou por esperar até a avaliação seguinte para nos certificarmos porque havia um cuidado de, a gente sabe que qualquer aspecto de observação e de fala sugerindo que há algo de singular no bebê para algumas mães é muito traumático, então a gente não queria também ser leviana nesse sentido, então a

¹ Coordenadora do projeto

² Colega mais experiente em intervenção precoce

gente acabou nos seis meses fazendo essa reavaliação e em muitos casos esses bebês não estavam mais (em risco), né.”(E7)

Também mostraram um cuidado em relação ao momento de testagem do bebê que poderia não ser o melhor em função de outras variáveis ambientais e emocionais do dia.

“Acho que também é interessante pensar, se fosse pensar nessa proposta de não só uma vez, disso não ser visto só em uma vez, mas que pudesse se processar em duas semanas, até pro bebê também ter chance, porque às vezes o bebê não está tão bem e a mãe não está tão bem ou aconteceu alguma coisa, né. Então eu acho que isso também poderia se estabelecer, uma avaliação de duas vezes, né, de dois momentos diferentes.” (E1)

“Outros que tinham alguma alteração, alguma falha nos IRDI, mas que depois com o passar do tempo já era recuperado, podia ser alguma coisa do momento do dia da avaliação.” (E2)

“Nesse teste Denver II o que a gente tem que pensar, que um teste na verdade ele impõe a uma situação que muitas vezes, o fato da criança não estar bem naquele momento, está sonolenta, ele é bem complicado de ser visualizado numa forma compartimentada naquele momento. O que eu digo com isso. Eu digo com isso que muitas vezes deve se levar em conta que questões emocionais, cansaço, gripe também podem interferir na realização daquela minha avaliação.”(E6)

Ou seja, apesar de se tratarem de sinais objetivos facilmente observáveis no bebê ou na relação do bebê com sua mãe, as avaliadoras demonstravam um cuidado para contextualizar o momento de vida de cada bebê avaliado, levando em consideração no momento das avaliações, aspectos de sua saúde física (como possíveis gripes, cansaço) e emocional (irritabilidade, alteração de humor por algum estressor ambiental). Essa “tolerância” com variáveis da avaliação garantia também um maior cuidado com relação ao que era repassado às mães sobre o “desempenho” do bebê nos protocolos. Era como se a equipe desse um tempo a mais para o bebê mostrar que está tudo bem, ao mesmo tempo, a própria equipe se questionava sobre caso. Se mesmo levando em consideração aspectos ambientais, da saúde física e emocional do bebê a equipe compartilhasse uma preocupação a respeito de comportamentos do bebê, a atitude tomada era a de escutar a mãe de maneira mais cuidadosa para tentar entender o que o bebê estava mostrando ou “falhando” nos testes e também fazer algumas orientações que favorecessem um melhor

desenvolvimento. Nessa direção da escuta há algumas falas das entrevistadas conforme segue:

“Foram todas manejadas numa conversa de tentar entender junto com a mãe o que é que tinha de problema e tentar ajudar ela a pensar em cima daquilo que ela estava trazendo como queixa.”(E1)

“Sim, era conversado com a mãe, era questionado quanto à questão da alimentação e, por exemplo, se a fono falasse que ela observava que estava uma coisa muito errado assim muito gritante, ela dava dicas pra mãe de como fazer o “mamá” ou de quanto em quanto tempo, quase em todas as filmagens eram dadas dicas pras mães.”(E3)

“...quando a gente observava que alguma coisa não estava bem nós ouvíamos a mãe, né, se havia alguma angústia da mãe se ela já percebia algo ou não e a partir disso sim dávamos algumas orientações né, de como cuidar esse bebê, como se portar diante desse bebê.”(E5)

“...quando eu via algo que algo não ia bem, eu costumava orientar as mães, então se via algo do aspecto motor do bebê então o que elas podiam fazer pra dar uma estimulada, quando percebia que a mãe não conversava muito então orientava que era importante essa conversa, fui sempre tentando orientar e tentando construir um vínculo com essa família, quando percebia que algo não estava bem então tentava ficar próxima e apontar que a equipe toda estava ali a disposição.”(E8)

“Quando se percebia alterações no IRDI, eu sempre costumava observar qual era o IRDI, né que não estava ali acontecendo, por exemplo, quando era o manhês, a mãe não realizava o manhês, por exemplo, então eu comentava com a mãe “olha, é interessante, porque a criança precisa ouvir isso”, fazia até uma explicação do que era o manhês, enfim, do porque dessa importância dele ser feito, então eu sempre observava qual o item né que essa mãe ou que esse bebê estava falhando, se era uma questão da mãe orientava essa mãe.”(E8)

As avaliadoras pontuaram também que essas orientações eram bem recebidas pelas mães, muitas vezes, promovendo mudanças em comportamentos que beneficiavam o bebê, como podemos perceber nessas falas:

“Sim, recebiam e na outra filmagem vinham falando que “ah, eu fiz isso que tu me orientou, foi legal e eu notei que fulaninho melhorou, ou fiz tal coisa que tu disse e deu certo”, era notório a diferença. As mães aceitavam muito bem.”(E3)

“Em geral, as mães recebiam de uma forma bem positiva, tanto é que várias na próxima avaliação diziam: “ah fiz aquilo que tu me orientou e realmente deu certo””(E8)

A orientação também supunha um acolhimento de escuta dessas mães cujos bebês despertavam a atenção da equipe a partir das avaliações realizadas. Tratava-se de uma escuta mais focada naquilo que as avaliadoras buscavam compreender melhor a respeito da dinâmica familiar e rotinas do bebê como podemos perceber nas seguintes falas:

“ A criança que acabava não olhando pra mãe e não olhando pro avaliador, a criança que a gente já tinha um olhar a mais e essa mãe era questionada muitas vezes teve situação de que a psicóloga foi deixada sozinha com a mãe, pra ouvir ela mais a fundo sobre questões do bebê sobre aquela criança, o que estava acontecendo na vida dela emocional que pudesse vir afetar essa criança, então tinha todo esse cuidado da escuta da mãe também.”(E6)

“Todas as crianças que tinham risco, seja psicomotor seja psíquico, eram mães que eram mais investigadas no sentido de questionamento, em casa como que é o comportamento; relação com outras crianças, relação com pais.”(E6)

“Olha, foi a forma que eu encontrei. Eu achava que era mais próximo da realidade de cada caso se eu entendesse um pouco mais da dinâmica daquela família e da dinâmica e das dificuldades do laço, pra depois sugerir que talvez fosse legal ela rever, “quem sabe volta aqui semana que vem”, sabe? Mas não tem como, senão fica uma coisa muito superficial tu dizer “fulano está com risco” e tu mal sabe qual é a dinâmica.”(E7)

“Elas conseguem elaborar uma demanda do tipo, “estou tendo dificuldades com ele, não consigo entender o que ele quer, não consigo acolher ele, eu não sei o que é, ele é irritado, não consigo aninhar ele, ele não dorme à noite”, entendeu? É uma demanda muito mais nesse sentido assim oh, “a gente não está falando a mesma língua” e eu não sei se sou eu que não estou sabendo ouvir, eu não se é ele que não está sabendo dizer. Mas a gente não está se comunicando. A demanda é essa, né. E eu acho que o cuidado em também escutar a mãe é muito mais nesse sentido de “mas afinal é demanda de que?”(E7)

“[...]foi feita uma entrevista se não me engano com a psicóloga e tal, entramos em contato com a família, foi feita toda uma aproximação de ir na casa de estar com essa família mais próximo pra então se construir uma demanda, eu sei que essa intervenção era feita em conjunto, mãe/bebê, e eu lembro que foi uma família que foi muito grata a essa intervenção que foi feita porque realmente surtiu um efeito muito importante na família e na criança.” (E8)

O encaminhamento para uma intervenção precoce era derivado após esses dois momentos onde eram feitas orientações às mães com relação a aspectos do cuidado e interação com o bebê e uma escuta mais sensível da mãe no sentido de entender essa criança dentro de uma história e dinâmica familiar. Dessa maneira, o encaminhamento era como um último desfecho para um processo de avaliação e vinculação feito entre a equipe de pesquisa o bebê e sua mãe. O encaminhamento era decidido em reunião de equipe ou também a partir da avaliação da professora responsável pela pesquisa em casos em que as avaliadoras solicitavam uma supervisão, ou seja, não era uma decisão tomada sozinha pela profissional que fazia a avaliação.

“Os outros que a gente foi detectando no caminho, a gente já foi passando pra A³, conforme já via no dia da avaliação no dia da filmagem, quando ia preencher o IRDI e o PREAUT, já passava pra A. quais eram os que a gente supunha que poderia ter o risco e poderia fazer uma avaliação mais aprofundada, ter mais cuidado na hora de ver a filmagem.” (E2)

“Isso, foi, nós discutimos na equipe né, interdisciplinar com o grupo de pesquisa e ele foi então encaminhado pra uma avaliação mais detalhada da relação e do bebê com uma outra profissional que estava participando do grupo que era uma TO, uma terapeuta ocupacional.” (E5)

“[...]era uma criança extremamente irritada, resistente, arredia que não olhava muito pra gente e a mãe também estava passando por várias questões difíceis, então chegou um momento em que a gente sugeriu que ela viesse pra uma entrevista com a nossa professora porque a gente queria que a professora também olhasse e tivesse as percepções dela porque isso nos causava muitas, muitas dúvidas esse caso.” (E7)

³ Coordenadora do projeto

“[...]a gente repassava pra professora e conseguia melhor visualizar o destino a ser feito né, mas é um pouco isso, não era uma coisa assim cada um tomava uma decisão. Eu sempre tomei e entendi que o grupo tinha um cuidado nesse sentido, né. Eu pelo menos sempre acho que é interessante ouvir uma segunda opinião a respeito do caso porque me permite ver outra coisa que eu não vi. Eu sempre tentei ser mais cuidadosa nesse sentido, sabe.”(E7)

Para entender essa dinâmica de funcionamento é preciso esclarecer que desde o início, o grupo de pesquisa se organizou em grupos de atuação para melhor desempenhar as funções exigidas durante o processo de trabalho.

Havia um grupo responsável pela captação e avaliação dos bebês e outro grupo mais responsável pela intervenção precoce quando detectada a necessidade a partir das avaliações realizadas pelo grupo de avaliação. Dessa maneira, os bebês encaminhados para intervenção teriam duas possibilidades de atendimento: ou uma intervenção individualizada da díade mãe/bebê realizada por uma terapeuta ocupacional especializada em desenvolvimento infantil e com ampla experiência clínica em intervenção precoce que compunha o grupo de pesquisa enquanto doutoranda. Ou atendidos num formato grupal de musicalização para mães/bebês realizado por uma psicóloga, mestranda no grupo e uma pedagoga especializada em musicalização de bebês pela abordagem de Esther Bayer, conforme descrito no trabalho de Ambrós (2016), que foi convidada a entrar no grupo de pesquisa para realizar esse grupo de intervenção aos bebês.

Por se tratar de um grupo de pesquisa, a escolha da intervenção sugerida – modalidade individual com terapia ocupacional ou grupal com musicalização - também foi atravessada por necessidades de estudo do próprio grupo, e buscou identificar o tipo de intervenção que fosse mais propícia a cada caso.

“Acho que foi meio que separado quais os que iam pra musicalização e quais que...porque esses que entraram na musicalização também era mães que não estavam bem com os bebês. Além dos bebês não estarem bem, eram mães que também precisavam da questão do vínculo então acho que na musicalização era uma situação melhor pra ajudar na relação além de ajudar a criança. Então acho que a da D. ficou mais aqueles que eram mais especificamente a criança em si, né.”(E2)

“Se não me engano 3 bebês ou 4 foram encaminhados pra TO, pra terapia ocupacional que eles foram objeto de estudo, o grupo amostral da colega que acabou imprimindo no sentido de colocar eles uma relação com a mãe no ambiente dessa construção, dessa reconstrução da relação bebê/mãe aí ela começou a própria atenção compartilhada: mãe/brinquedo/bebê e colocar ele em uma situação em que ele tivesse desejo e com isso interagisse melhor com os outros também.”(E6)

Sim, teve um caso que eu avalei na primeira avaliação e que nós já percebemos né, que o menino falhou no PREAUT, então foi sugerida e foi feita a intervenção precoce. Foi realizado, se não me engano com a musicalização, foi a T. que fez a intervenção, e assim essa parte de como foi dito, foi feito uma entrevista se não me engano com a psicóloga e tal, foi feito contato com a família, foi feita toda uma aproximação de ir na casa de estar com essa família mais próximo pra então se construir uma demanda, eu sei que essa intervenção era feita em conjunto, mãe/bebê, e eu lembro que foi uma família que foi muito grata a essa intervenção que foi feita porque realmente surtiu um efeito muito importante na família e na criança.”(E8)

Sabendo-se que um dos objetivos deste trabalho é a compreensão de fatores que favoreçam o encaminhamento da demanda, consideramos importante ressaltar algumas estratégias e posturas adotadas pela equipe que se mostraram eficazes para a tarefa de encaminhar bebê e mãe para o atendimento sugerido. Essas estratégias foram utilizadas em casos em que não havia queixas da mãe que se remetessem ao desenvolvimento psíquico do bebê, mas as avaliações realizadas apontavam para risco psíquico com indicação de intervenção precoce.

Uma das estratégias relatadas foi a de utilizar como porta de entrada para uma conversa sobre risco psíquico, alguma questão levantada pela mãe, geralmente relacionada com aspectos visualizados no corpo, e a partir daí ir apontando dificuldades ou alterações no comportamento ou na relação mãe bebê que sugeriam um risco psíquico para o bebê e que por isso demandavam mais atenção através de uma intervenção. Assim temos alguns relatos:

“[...]eu estava pensando aqui com relação às queixas dos pais ne, que na verdade a gente tenta detectar junto com os pais porque muitas vezes eles realmente têm dificuldade de enxergar, então acho que as condições seriam essas, primeiro deles tentarem mostrar pra gente o que eles têm dificuldade, com os filhos né, que muitas vezes vai ser esse

gancho que a gente vai pegar pra conseguir trazer eles pra intervenção e fazer eles engatarem no tratamento. Porque às vezes o que acontece, muitas vezes, o que a gente está enxergando eles não enxergam, e, muitas vezes, o que é importante pra nós, pra eles não é, pelo menos naquele momento.”(E1)

“É entrar por um lado que digamos não seria o mais preocupante, mas que é o que a mãe enxerga e tu ir trabalhando e conseguir tratar a outra parte mais preocupante que é o laço né. Que de repente é o que poderia estar dando sintoma na outra questão motora para essa menina, né. Então acho que é uma forma também. Desviar né. Pegar pelo outro lado.”(E2)

“[...]às vezes é um transtorno, algo assim visível como a hérnia e a questão de diagnóstico cerebral, e algum sintoma que está incomodando a mãe. Então na prematuridade no caso o atraso, a mãe já tinha tido um filho prematuro que faleceu e tinha um primo prematuro que tinha um déficit cognitivo e estava na APAE, então ela tinha uma visão de futuro e ela colocava a filha nesse lugar né, então ela tinha algo ali, tinha uma questão, aí fica mais fácil, quando tem algo que está incomodando a mãe a gente consegue fisgar, num choro ininterrupto, não está se alimentando bem, deveria estar caminhando e não está, isso. E esse diagnóstico de atraso no desenvolvimento, fato mesmo, fato que fica mais fácil.”(E4)

Outro fator importante ressaltado pela equipe para que se efetivasse o encaminhamento em atendimento de bebês que foram para intervenção precoce foi o vínculo feito com as avaliadoras e a sensação de comprometimento da equipe com o bebê e a mãe.

“A nossa conversa sempre muito direta, acolhedora, a gente estava lá antes das aulas de música. A Ar⁴. chegava antes, eu também chegava, a gente acolhia a mãe, escutava ela, perguntava como tinha sido a semana.[...]Então a acolhida eu acho, toda a organização o preparo das aulas eu acho que fez com que essa mãe se sentisse acolhida pra vir nas demais. Apesar dela ser muito tímida, no início assim, depois ela se sentiu muito tranquila pra participar das aulas.”(E3)

“[...]e me lembro também muito de um outro caso que foi pra musicalização e esse sim me lembro claramente da adesão da mãe e da melhora do bebê, e me parece que a

⁴ Pedagoga responsável pelos encontros de musicalização.

implicação da equipe, sabe, e o trabalho da equipe juntos foi fundamental pra transmitir que aquelas pessoas realmente se importavam com aquela criança.”(E7)

“Essa coisa da mãe sentir que o pessoal tá lá, “não, eles se importam comigo, eles sabem o meu nome, sabem o que está acontecendo com meu filho, eles podem me ajudar”.”(E7)

“Quanto à adesão da família eu acredito que a construção do vínculo tenha sido um passo bem importante. É obvio que antes disso houve uma acolhida, né, aquela mãe se sentiu acolhida e ouvida pela equipe, já que ela estava angustiada por conta de um filho que não lhe olhava, então esse se sentir acolhida e logo após a construção de um vínculo com a pessoa que entreviu acho que foram os grandes pontos pra ter dado certo esse percurso.”(E8)

Outro fator levantado para a adesão ao tratamento foi sugerido por uma das entrevistadas que realizou intervenção precoce em bebês encaminhados. Segundo E4, haveria uma implicação no fato das avaliações serem feitas por um grupo de pesquisa e não dentro de um serviço de saúde contínuo em uma unidade básica de saúde (UBS) ou hospital. Nesse sentido, foi questionada a transferência que se estabeleceu com a equipe de pesquisa, que seria diferente da estabelecida com um serviço oferecido junto à unidade básica de saúde. Isso implicaria em diferenças em ambos os lados, tanto dos profissionais que aplicaram os protocolos, quanto das mães que aceitaram fazer esse acompanhamento com seus bebês. No ponto de vista da entrevistada, as famílias tenderiam a aceitar melhor os tratamentos recomendados a partir de consultas feitas nos serviços que acompanharam o desenvolvimento de seus bebês como UBS ou hospitais, uma vez que já estariam referenciadas a esses serviços e por isso temeriam perder o vínculo com esses lugares.

“Eu acho que a avaliação dentro de um posto de saúde a família deveria estar, deve estar mais transferenciada ao lugar, deveria né, porque ela sabe que é ali que vão cuidar do filho dela. Que seja tanto pro bem quanto pro mal, no sentido de que eu vou ter que vir porque é aqui que o pediatra é da equipe, eu via isso no HUSM, no ambulatório né, “eu estou trazendo ela aqui, mas é muito sacrifício pra mim porque ela berra o tempo todo dentro do ônibus, mas o que me traz aqui é que eu não posso perder meu vínculo com o HUSM né.”(E4)

Essa visão permeou sua explicação para o fato de uma das mães ter aderido à intervenção precoce sugerida para seu bebê a partir de avaliações realizadas pelo grupo de pesquisa na unidade básica de saúde.

“Mas a mãe estava vinculada à UBS, ela era do bairro, vinha ali pertinho, vinha até a UBS porque era UBS, não era a pesquisa, era UBS. Então atendia numa salinha ali, fazia contato como sendo TO que está na pesquisa, na UBS vou atender, vou te encontrar na UBS, sim, sim não tem problema.” (E4)

Já com relação à implicação de ser um grupo de pesquisa, foi sugerido que o interesse para que se continuasse o trabalho de avaliação estaria mais do lado dos pesquisadores, ou seja, de um lado o sistema de saúde representado pelas UBS e hospitais assegurariam que a continuidade do acompanhamento dependeria do esforço dos próprios usuários (mães/bebês) para virem. Do lado da pesquisa, esse esforço para manter os bebês em acompanhamento estaria mais do lado dos próprios pesquisadores.

“[...] E aí com relação à pesquisa eu não faço ideia de quantas pesquisas essas pessoas já participaram né, que é uma universidade, é um centro, é uma cidade universitária. O que elas entendem por pesquisa, por mais que os pesquisadores tenham sido muito cuidadosos, muito afetivos. Eu me lembro que teve casos que foi na casa fazer a pesquisa, que teve gente que foi pago, pagaram a passagem, é um tipo de transferência que está muito do nosso lado, do pesquisador, eu preciso que tu venhas, né, e é difícil de dizer num setting na área da saúde, a gente diz “tu precisa vir pelo teu filho pela saúde do teu filho”, tu estás numa condição de doutora não de pesquisadora então eu acho que fica esse imaginário meio de desconfiança um pouco do pesquisador e às vezes a gente consegue remover isso no telefone, tu diz um pouco, conta um pouco da tua trajetória. Tu te banca como doutora na verdade.” (E4)

O que E4 traz é interessante porque a situação de pesquisa pode realmente fragilizar a continuidade da participação nas avaliações bem como aceitar o processo de intervenção. No entanto, é interessante observar que a equipe de avaliação, da qual E4 não fez parte, tentou minimizar esses efeitos ocupando um espaço de escuta das mães, acolhedor, o que parece ter sido suficiente para que se criasse o vínculo e as crianças não só voltassem para as avaliações, bem como fosse minimizada a desconfiança dessa posição de pesquisadora. Sabe-se que em muitas pesquisas não há um comprometimento do grupo de pesquisa com os desfechos terapêuticos e dados são coletados sem que a população se sinta acolhida pela equipe de pesquisa em suas demandas. No entanto, todos os relatos das entrevistadas que pertenciam a equipe de avaliação e de E3 que também participou da intervenção de musicalização vão na direção da escuta, do desejo de acolher

o que possivelmente neutralizou o risco de não haver transferência, apontado por E4. Isso pode ser observado em algumas falas de E7.

Essa escuta sensível era também um diferencial de todo o grupo e acabou oportunizando um vínculo mais efetivo com o grupo de pesquisa, fazendo com que algumas mães se sentissem transferenciadas a ponto de se remeterem às avaliadoras em momentos de dúvidas com relação aos cuidados com o bebê e consigo mesmas.

“Às vezes elas nem sabiam, não era uma coisa assim “ah vou falar com a psicóloga”, mas, por exemplo, quando me perguntavam, uma vez tinha uma mãe que tinha tido um filho depois de quase vinte anos que teve o segundo então era tudo novo, então ela me dizia assim “tu achas que eu passo lenço umedecido ou tu achas que eu passo algodão com água no bumbum, porque ela tá assada” e tal e daí eu ficava me questionando “mas como é que é, qual a minha função aqui, sabe?” mas ao mesmo tempo era um apelo por algo extremamente prático que eu não tinha conhecimento, mas aí eu “fulana, quem sabe tu ajuda a ciclana” porque não está no meu domínio, não posso dizer o que fazer, porque eu não sei o que é melhor pra filha dela.”(E7)

“Essa coisa da mãe sentir que o pessoal tá lá, “não, eles se importam comigo, eles sabem o meu nome, sabem o que está acontecendo com meu filho, eles podem me ajudar”. Chegou momentos assim, que é até engraçado, tinha momentos que a gente recebia mensagens no whatsapp, assim, uma vez acho que foi a F. que recebeu, “fulana, eu quero pintar meu cabelo, posso? E eu tô grávida!”, sabe, as pessoas realmente pensavam que a gente estava lá, sabe, e isso é muito legal. Ou então uma vez, e isso foi bem sério, “fulana, sou mãe da beltrana, tô aqui no hospital, preciso de fralda, preciso que tu me ajude”, sabe, tem o lado assim “meu Deus, qual é o limite desse trabalho”, mas tu sentir que aquela pessoa encontrou em ti uma possibilidade de, bom, de apoio, sabe.”(E7)

Podemos sintetizar nesse caminho percorrido na análise do dizer dos profissionais sobre a avaliação e escuta dos bebês e suas famílias são três tempos: num primeiro tempo as avaliadoras fariam a observação atenta dos sinais que estão presentes e ausentes na interação do bebê com a mãe e com elas mesmas, fazendo algumas orientações pontuais quando necessário. Num segundo tempo, despertando a atenção da equipe pela ausência de sinais ou não melhora de uma avaliação para outra, far-se-ia uma escuta da mãe a fim de construir junto com ela a explicação para suas dúvidas e/ou nossas preocupações bem como a solução para tais problemas. E finalmente, caso essas estratégias não fossem

suficientes para promover melhoras no desenvolvimento do bebê, encaminhando para um acompanhamento via intervenção precoce.

Foram levantadas algumas variáveis que favoreceram esse caminho de avaliação bem como os encaminhamentos de bebês para intervenção quando foram necessários. Do que competia à equipe, foi apontado como sendo importante a valorização do que era percebido como preocupante pela mãe com relação ao bebê, de maneira que esse pudesse ser o gancho para uma conversa sobre as “reais” dificuldades vistas pela equipe de avaliação. Ou seja, construir uma demanda de atendimento a partir do que a mãe trazia sobre o bebê, e a partir dessa abertura poder conversar sobre as questões não percebidas pela mãe, mas importantes para a equipe. Para que essa abertura fosse possível, outro fator ressaltado foi o bom vínculo estabelecido entre a equipe de avaliação e as famílias ou mães. Esse vínculo seria construído pela equipe, no sentido de se colocar à disposição para ouvir e ajudar a resolver o que as famílias traziam como dúvidas, angústias ou histórias do bebê. Essa disponibilidade física e afetiva proporcionaria um sentimento de confiança, necessário para que as famílias também ouvissem o que a equipe tivesse a dizer sobre o bebê, o que pode ter neutralizado o que foi apontado por E4 como inerente ao risco da falta de transferência em uma equipe de pesquisa. Também há que se questionar até que ponto o fato de se estar em uma equipe de saúde ou se bancar como doutora é suficiente para que a escuta e transferência se dê a contento? A próxima categoria parece trazer algumas evidências da importância da formação da equipe e da troca de saber na equipe para ocupar esse espaço de escuta.

4.2 O PAPEL DA FORMAÇÃO DA EQUIPE PARA MELHOR ACOMPANHAR/AVALIAR O DESENVOLVIMENTO DE BEBÊS

Um fator importante ressaltado pelas entrevistadas para que se processasse um bom trabalho de avaliação e encaminhamento para intervenção precoce de bebês foi o papel da formação da equipe. Foi citada a importância de fazer parte de uma equipe interdisciplinar que estudou desenvolvimento infantil com base em uma teoria psicanalítica que valoriza a qualidade da relação mãe-bebê. Essa visão ampliada do desenvolvimento, para além dos marcos motores ou de outros instrumentais do desenvolvimento, promoveu um olhar mais sensível das avaliadoras ao se depararem com

os bebês e suas mães. Isso que diz respeito à maneira de se relacionar, ao jeito de falar, tocar, brincar e entender o seu bebê bem como a maneira como o bebê respondia e interagia com sua mãe era cuidadosamente observado para uma melhor avaliação e detecção precoce de risco psíquico.

“Do que ajuda pra essa detecção? Tudo eu acho né?! Os protocolos que fazem com que a gente observe a criança de uma forma mais específica, que detalha o que a gente tem que observar pra poder encaminhar as crianças. Isso da gente ter essa preocupação maior de ver o vínculo da mãe com o bebê, tanto na filmagem quanto durante as coletas que a gente faz, as avaliações né, os testes. Acho que é isso, acho que tudo que a gente faz é importante pra poder estar bem atenta assim. Porque no geral é difícil acho que de ter...por exemplo a gente que é da fono, que avalia o bebezinho já quando nasce na triagem, é muito pequenininho então tu não observa muito a interação, é alguma coisa, quando é um caso mais sério da mãe depressão tu consegue observar se a mãe não está bem com o bebê já nos primeiros dias ali.”(E2)

“Não era simplesmente um trabalho ir por ir ou ir ficar lá naquele momento fechando as horas ou porque tinham que estar lá. Tinha o engajamento dos profissionais que estavam lá. E acreditando ao aplicar o IRDI e o PREAUT, com o olhar atento, acreditando que algo pudesse ser mudado. Se estava ausente, num próximo mês, numa próxima consulta a gente tinha o compromisso de ajudar, de intervir, pra que aquilo fosse minimizado da melhor forma possível. Então tinha todo um engajamento ali.”(E3)

“Nesse caso, primeiro a formação dos profissionais né, em desenvolvimento infantil principalmente, a constituição do bebê tanto psíquica quanto dos marcos motores que tenha um olhar também pra questão psíquica nessa formação e que haja uma equipe interdisciplinar que possa estar conversando e acompanhando desde a gestação se for possível né, essa mãe que está lá na UBS, que está fazendo seu pré-natal, enfim que eles possam ter um espaço pra acompanhar junto com um médico, um obstetra e após o nascimento também, nas consultas pediátricas.”(E5)

“Na verdade, o que nos ajudou bastante foi a equipe interdisciplinar esse olhar que acabou sendo atravessado em todas as áreas que ali atuavam com o bebê, ou seja, a fisio acabou vendo linguagem, a fono acabou vendo psicomotricidade, a psicóloga acabava vendo não só risco psíquico mas a linguagem também, então essas grandes temáticas que cada profissional acaba tendo esse conhecimento maior foram transpostas e o fato desse

olhar nesse bebê ser um olhar mais global, acabou possibilitando as avaliações com uma riqueza de detalhes e um olhar mais específico que acabou conseguindo com isso averiguar alguma forma de risco e algum atraso desse bebê.”(E6)

“pra trabalhar com bebês tu tens que aprender e estudar muito a respeito do desenvolvimento, do que esperar naquela faixa etária. Tu não podes querer que a criança faça “x” quando na verdade ela não está ainda naquela fase, então pode ser bem piagetiano isso, mas tem uma implicação e tem uma importância fundamental. E eu acho também que além desse estudo teórico, a prática permitiu tu parear, né, bem cognitivo isso, mas tu começar a entender algumas manifestações da díade que eram comuns numa certa faixa etária.”(E7)

“Eu acredito que pra implementação dessa intervenção e da detecção precoce nos serviços, o primeiro ponto é a formação dos profissionais que vão atuar nisso. É importante que se tenha profissionais capacitados e que tenham esse olhar pra ideia de risco e não como diagnóstico, isso eu acho que é um primeiro ponto bem importante.”(E8)

Essa formação de conhecimento interdisciplinar que, de certa maneira, desacomodou as profissionais de seus saberes específicos, foi muito importante para a maior compreensão do desenvolvimento infantil e conseqüentemente dos protocolos aplicados. Por outro lado, e como uma conseqüência positiva do ponto de vista da ciência que questiona e duvida, também subjetivou aquilo que antes parecia tão objetivo nas avaliações de rotina em serviços de saúde: o olhar. Essa subjetivação do olhar apareceu como uma conseqüência da formação que leva em consideração o sujeito bebê na relação com sua mãe e com a avaliadora e foi levantado como uma questão importante para ser percebida e discutida nas avaliações.

“O que me preocupa um pouquinho nos IRDIS, é a questão, no PREAUT, é a questão do olhar porque se o bebê olha ou não olha, se olha espontaneamente, porque a questão na verdade não é se olha ou não olha, mas se sim essa qualidade desse olhar e o tempo que permanece estabelecida essa relação, né. E ele na verdade ele acaba dizendo sim ou não e no fato de eu dizer sim ou não me limita ser diferente as avaliações, pode considerar que a criança me olhou dentro de um tempo que eu posso considerar aceitável e outro profissional pode considerar que a criança não olhou dentro do tempo que considero aceitável. Então tem algumas coisinhas de sensibilidade mais fina, um olhar mais

específico, mais fino que é bem uma avaliação pessoal que acaba interferindo, por conta disso é importante que o profissional seja sempre o mesmo pra avaliar essa criança, por esse diferente olhar e por essas diferentes concepções do que é olhar pra ti, do que é olhar pra mim, do que é um olhar endereçado realmente, é um olhar que fiska, que não é fisco.”(E6)

“Fulano se faz olhar pela mãe”, tá, mas e aquele olhar? Aquele olhar foi endereçado? Tá, mas como assim? Qual a medida pulsional daquele olhar? Às vezes isso complicava. Porque se tu pegava uma criança mais sonolenta, se tu pegava uma criança que não estava no dia dela, tinha criança que era fácilimo, tu via vida naquele olho, tu via pulsão ali. E tinha criança que tu não via. E tu também tem que ser muito cuidadosa pra não ser negligente, mas também não apontar algo que não está ali, porque os dois podem ser ruins pra criança. Então eu não achava muito fácil. Por isso que pra mim era tão importante que outras pessoas olhassem, sempre que dava. Não foram mais, eu sei lá, tentava ver, tentava olhar com a professora, “olha aqui pelo amor de Deus”, (risos). Mas é isso, sabe.”(E7)

E essa modificação no olhar que passa a ver mais que o corpo do bebê e põe em evidência aquilo que não se vê, mas está no pano de fundo dos protocolos IRDI e PREAUT, ou seja, a maneira como se dá a relação mãe-bebê, foi também questionada em outros ambientes. Neste caso, o contexto foi a consulta pediátrica realizada por uma médica da unidade básica de saúde onde ocorreram algumas avaliações.

“Eu lembro que quando a gente foi fazer a primeira, primeiro contato lá na UBS, acho que estava eu a A e a F eu acho pra conversar com a pediatra pra iniciar as avaliações lá a gente entrou no atendimento de um bebê que ela ia fazer um atendimento. A nenezinha tinha dias de nascida assim, não tinha nem 1 mês, e a mãe largava o bebê em cima da maca e saía de perto e a pediatra ia conversar com a mãe e tipo não estava nem aí pro bebê que estava ali largado e nós desesperadas que a criança caísse, que ele se mexia em cima da maca, por mais pequenininho que fosse e tu vê só, isso a pediatra nem se deu conta, nem estava atenta a prestar atenção nisso e conversar com a mãe pra ver como é que realmente estava aquela questão toda, então se preocupou muito com a questão da alimentação que é importante claro e dos riscos do bebê tem fisiológicos, biológicos, mas não tem essa atenção. Então por mais que tu não tenha decorado um protocolo, nem vá aplicar o protocolo tu ter noção daquilo que tu tenha que observar na hora das tuas avaliações né.”(E2)

O “abandono” sentido pela entrevistada enquanto mãe e médica conversavam longe do bebê deixado na maca pode ser entendido enquanto um efeito desse olhar atravessado pela formação para aplicar os protocolos IRDI e PREAUT. Supor um sujeito no bebê é um dos eixos estruturantes do IRDI.

4.3 A AMBIVALÊNCIA NA PERCEPÇÃO DOS SINTOMAS POR PARTE DA MÃE

Quanto à percepção de sintomas nos bebês por parte das mães, as entrevistadas ressaltaram o sentimento de ambivalência materna: os sintomas físicos ou do desenvolvimento motor do bebê eram facilmente percebidos enquanto sintomas psíquicos, trazidos geralmente através de queixas que falavam de dificuldades na relação com o bebê, ou sobre seu comportamento e humor, quando apareciam, eram num sentimento de estranhamento em relação ao bebê. Esse estranhamento geralmente era transformado em característica da personalidade do bebê, referenciado dentro da própria família. Ou seja, a ambivalência da percepção dos sintomas oscilava entre estranhamento e características familiares, sendo mais difícil perceber enquanto problema à medida que isso implicasse pensar sobre a relação com o bebê.

“[...] a mãe do F que acho que foi um que ela conversou também, não sei se ela chegou, se a mãe mostrava alguma preocupação...mostrava em relação à alteração física que ele tinha, uma hérnia que ele tinha na barriga e isso preocupava bastante os pais.”(E2)

“A queixa delas, mesmo aquele bebê que não estava olhando pra ela, essa percepção acabava não vindo, a preocupação dela era uma preocupação muito mais psicomotora. Aquele bebê que “oh, F. não está caminhando”, mas aí a gente pensa, se não está te olhando, caminhar é secundário. Esse bebê teria que te olhar, olhar o outro até pra ele ter um desejo de caminhar e ter pra onde caminhar. Ter algo desejável pra realizar uma busca, né. É uma preocupação realmente que elas tinham era desses grandes marcos motores: de sentar, elevar a cabeça, engatinhar, troca de posições, rolar e caminhar. Mas foi difícil as mães das crianças com risco psíquico de enxergarem esse bebê como um bebê em risco e na relação não estar tão bem assim porque as mães sempre acabavam dando uma desculpa: “ah, hoje ele está cansado, ele está com sono”, “não quer me olhar, mas ela não sorri pra ninguém, em casa ela não sorri”, “ela é mais quietinha”, e

acabavam sempre caracterizando como “ah, ela é assim mesmo, puxou ao pai é mais quietinha na dela”, ou “ela é assim mesmo, é mais agitada, tem uma personalidade forte”, tinha umas que diziam. Então elas acabavam mais caracterizando a criança num sentido de que mantinham ela sem alguma consideração psíquica a nos falar.”(E6)

“Esse caso em que eu comentei que deu certo foi um caso que a gente conseguia intervir me parecia que sim, que essa mãe observava que esse filho, já que ela tinha outros filhos, observava que esse filho era diferente. Ela não conseguia abstrair na verdade que diferença era essa, exatamente o que era, mas ela nos passava isso que ele era diferente das outras crianças, por isso me parecia que sim, que ela percebia que tinha algo ali estranho naquele bebê.”(E8)

Esse limite de avaliação quanto a aspectos psíquicos do bebê também foi explicado como fazendo parte da história da puericultura brasileira de cuidados prioritariamente ao corpo do bebê.

“Então dando sequência ao que eu queria te dizer é que acho que fica ainda, ainda fica talvez porque a gente não tenha essa cultura, ainda fica mais fácil tomar em atendimento crianças que tenham um atraso, que tenham um sintoma, ou um sintoma psicomotor ou sintoma motor.”(E4)

“É obvio que a aceitação desse trabalho por parte das famílias é algo a ser construído porque não é da cultura, da nossa cultura brasileira essas intervenções e tal, mas a longo prazo e acho que isso vai se tornar bem visto pela sociedade e acho que a partir daí vai se construir sim essa cultura desse cuidado do bebê que ainda é visto na nossa cultura como só medir e pesar e está tudo bem e não vê o bebê como um sujeito que está ali em constituição, o em desenvolvimento e que já pode apresentar questões.”(E8)

Dessa maneira, a percepção prioritária dos sintomas físicos em comparação aos sintomas psíquicos estaria contextualizada na própria cultura médica de cuidados do corpo do bebê. Assim também estaria contextualizada a ambivalência da mãe na percepção dos sintomas presentificados na relação com o bebê, uma vez que há uma facilidade visual de perceber alterações no corpo ou no bem estar físico do bebê, o que não se aplica quando as alterações são de humor ou comportamento, uma vez que isso pode despertar sentimentos de culpa na mãe.

“É, era muito contraditório porque ela aceitava quando culpabilizava o marido pela ausência, mas negava quando reconhecia que ela dava toda essa atenção a essa criança, entende? Então ela era super ambígua.” (E7)

Ou seja, os sintomas físicos apareciam independentes à interferência materna, enquanto que os sintomas psíquicos, quando de alguma forma percebidos, estariam misturados à dinâmica da relação do bebê com sua família, o que dificultaria ainda mais sua aceitação por parte das mães.

4.4 ELEMENTOS PARA PENSAR A INSERÇÃO DO IRDI E DOS SINAIS PREAUT EM EQUIPE DE SAÚDE

Um dos objetivos deste trabalho foi, a partir da experiência de uma equipe interdisciplinar que acompanhou o desenvolvimento de bebês de zero a dois anos utilizando o IRDI e os Sinais PREAUT, discutir alguns elementos para a inserção desses protocolos em equipe de saúde.

A formação em desenvolvimento infantil fundamentada em uma visão que leve em consideração o sujeito e as relações que estabelece com o outro – no caso o bebê com sua mãe e vice-versa – foi bastante destacado, sobrepondo-se à especificidade profissional. Qualquer profissional da saúde estaria apto a aplicar os protocolos desde que fosse “formado” para isso. Essa formação diria respeito a uma base de conhecimentos em desenvolvimento infantil que abrangesse aspectos físicos, cognitivos e psíquicos, importantes de serem observados na relação mãe-bebê. Assim temos algumas falas:

“Qualquer profissional, desde que ele tivesse um treinamento, um acompanhamento pra isso né, que ele estudasse o porquê das questões, o como fazer e o que realmente ele precisa porque eu acho que tem diferença um pediatra aplicar, um fonoaudiólogo aplicar, um psicólogo, um fisio e alguém, por exemplo, com formação em intervenção precoce ou alguém com uma especialização na relação mãe-bebê eu acho que faz

diferença nesse sentido. Tu tens que estar sabendo muito bem o que estás fazendo, porquê está fazendo e aonde quer chegar com aquilo ali, não simplesmente aplicar.”(E3)

“Eu acho que médica só entra se mudar a formação. E a gente muda a formação como? Sensibilizando os professores que estão na clínica. Então é papel nosso. É ir lá, atendendo e ele começar a ver que “nossa, eu estou fazendo parte de um grupo que já detectou três crianças que trataram e que não são autistas”. Então eles vão ter que enxergar alguma coisa pra poder . Eu acho. Ou vão ter que começar a ler. Quanto mais pesquisa for feita melhor.”(E4)

“Eu acredito que se na equipe, se os profissionais tiverem a formação necessária como nós fazemos aqui, acompanhamento com PREAUT e com os IRDIs, poderá ser o psicólogo ou o fonoaudiólogo, mas que eles tenham o olhar pro desenvolvimento infantil como um todo e não só pra sua área específica. Mas eu acho que pode ser um outro profissional.” (E5)

“Eu acredito que eles possam ser instrumentos avaliativos de qualquer profissional da área da saúde, desde que tenham um conhecimento da base teórica da psicanálise, do circuito pulsional, da relação mãe bebê. Mas eles podem ser utilizados sim, por médicos, enfermeiros, alguns profissionais acabam sendo mais atentos a isso e acabam muitas vezes vendo isso nos bebês. Mas acredito que deva ter toda uma preparação teórica pra esses profissionais.”(E6)

“Apesar da gente ter feito todo esse movimento pra ir nas unidades a ideia é que cada vez mais os pediatras, os fisioterapeutas, todos os profissionais, TO, psicólogos, todos os profissionais que recebem essa crianças, estejam aptos a justamente aplica-los, né, se bem entendi. Mas, essa ideia de poder pulverizar essa possibilidade de detecção de que algo não está muito legal no laço entre os dois, não deve ficar presa num único sujeito capaz de fazer essa detecção né, mas que isso possa se tornar algo da rotina dos processos avaliativos do bebê, né e que sim, depois o encaminhamento é de fato pra um profissional especializado nisso, mas me parece que a viabilidade desses dois protocolos justamente se sustentam nessa possibilidade deles serem aplicados por esses profissionais que recebem essas crianças nos atendimento de rotina, né.”(E7)

“Eu acredito que esses protocolos eles podem ser utilizados por qualquer profissional da saúde, desde que ele tenha a formação necessária.”(E8)

Apenas a E1 sugeriu que essas avaliações pudessem ser feitas por um profissional não especializado, no caso o agente comunitário de saúde.

“Acho que isso tem que acontecer na unidade básica, e eu acho que um caminho interessante disso é fazer formação com os agentes comunitários de saúde, pensando que a gente não tem equipe para dar conta disso, os médicos não dão conta disso diante de toda demanda e pensando que são protocolos simples de serem avaliados e que com certeza vão detectar o risco, o risco psíquico ali pensando no IRDI e no PREAUT, ah, eu acredito que se eles fossem formados pra isso, que se eles tivessem formação, eu acredito que seria muito valioso se eles pudessem acompanhar as crianças e eles fazerem isso.”(E1)

Sendo que a explicação para a escolha desses profissionais foi baseada numa impossibilidade dos médicos assumirem mais esse compromisso e pela falta de tempo disponível em cada consulta que comprometeria a qualidade das avaliações.

“Uhm...eu acho que, também pensando nisso...eu acho que não é uma avaliação rápida de se fazer. Eu acho que não é algo que em 15 minutos se faça, eu acho que é uma avaliação pra sentar, pra conversar com a mãe e pra tentar ver realmente como que a coisa acontece, e não, pensando no IRDI e no PREAUT mesmo. Eu acho que é algo de um tempo mesmo, e também pensando no agente de saúde que é quem vai, quem senta, quem conversa, quem tem um tempo pra fazer isso, uhm, eu acho que qualificaria assim esse tempo de análise e de conversa com a mãe. Pra detectar na conversa com a mãe, pra ver como a mãe fala com o bebê, acho que tem um tempo aí.”(E1)

Além da formação dos profissionais em desenvolvimento infantil com base na teoria psicanalítica para entender o bebê e seu entorno, a equipe interdisciplinar também foi citada pela importância de proporcionar uma visão compartilhada sobre cada caso, atravessada pelo conhecimento específico de cada área.

“O profissional que atua numa equipe interdisciplinar é muito confortável saber que ele avalia aquele bebê e que ao mesmo tempo ele tem um suporte de mais profissionais que acabam também assistindo aquele bebê ou que acabam avaliando aquele bebê por conta de algum encaminhamento e que há uma troca desses profissionais, ou seja, esse bebê tem que ser falado. Ele tem que ser discutido o caso desse bebê e essa mãe tem que ser ouvida tem que ser ouvida, tem que ser entendido o que se passa com essa mãe e o que se passa nesse bebê. Então reuniões como são feitas no grupo tornam-se essenciais pra

essas discussões. Entender esse bebê com um todo, entender o que o profissional tem a dizer, o que tem a sugerir, o que tem a acrescentar das diferentes áreas, eu acho que é um feliz encontro quando se fala em equipe interdisciplinar quando se fala em desenvolvimento infantil.”(E6)

“Então eu acho bem importante que apesar da aplicabilidade viável, aplicabilidade desses protocolos, a consistência dele e a efetividade dele depende desses profissionais pensarem juntos os casos, porque é muito difícil, muitos casos assim tu tomar, tu garantir assim, eu, tinha dificuldade, pra mim era importante ouvir meus colegas falarem do caso, me dizerem o que estavam pensando pra eu poder “não, realmente, é isso aí!” ou “não, não, de repente foi esse dia que ele não estava bem.”(E7)

Apesar de ser ressaltada a importância da formação em desenvolvimento infantil e não ser valorizada uma profissão em específico para realizar as avaliações com os protocolos IRDI e PREAUT, foi ressaltada a importância do profissional médico para a implementação dos protocolos no sistema único de saúde. Como já fora explicado na revisão teórica, o protocolo IRDI, inicialmente foi pensado para ser utilizado por médicos pediatras, nas consultas de rotina, mas por diversos fatores isso não tem acontecido (falta de conhecimento, falta de tempo nas consultas, pouca disponibilidade para a novidade, entre outros). Entretanto, segundo algumas entrevistadas, ao médico caberia a função – mesmo sem aplicar diretamente os protocolos - de identificar sinais ausentes e encaminhar para uma avaliação mais minuciosa quando necessário.

“Então a gente anuncia uma avaliação mais minuciosa, e o acompanhamento mais minucioso, e a conversa...isso agora até parece...mas é verdade, muitas vezes quem vai conseguir isso é os médicos, então com a palavra deles, eles vão nos ajudar, a gente vai dizer “é importante” e eles vão dizer “é importante” e a mãe depois do “importante” deles elas vão aderir. Então a palavra do médico tem um efeito diferente. Quando eles entendem, quando a gente está dentro de uma equipe que escuta, né, aí a gente consegue mais fácil.” (E1)

“[...]é difícil uma mãe pegar um bebê e ir numa fono, muito difícil de ir num psicólogo também, na fisio, então só se tiver uma alteração realmente, não digo só de movimento, mas digamos que tenha uma perna muito torta ou não tem um membro, aí sim vão procurar o fisio, mas não têm esse cuidado da evolução, da maturação da criança. Quem

tem o contato maior nessa maturação é o pediatra. Então se conseguisse ali no pediatra ter alguém que já tivesse observando isso seria mais fácil dele encaminhar depois.”(E2)

“Então tanto os pediatras, é obvio que nas consultas os pediatras têm pouco tempo, então, não sei até que ponto seria viável, mas inclusive eles eu acho que seria muito importante que eles tivessem essa formação pra pelo menos na consulta pediátrica poderem observar algumas questões e de repente encaminhar esses bebês para uma avaliação mais aprimorada com essa equipe que eu acho que pode ser formada por enfermeira, por psicólogo, por fonoaudiólogo, por fisioterapeuta, por terapeuta ocupacional, desde que eles tenham essa formação de que esses protocolos é questão de risco e que é preciso ter um olhar diferenciado pra não se cometer erros.”(E8)

Sobre o papel do psicólogo na equipe de detecção e intervenção precoce, que utiliza o protocolo IRDI e os Sinais PREAUT, foi ressaltada a importância de se colocar disponível para uma escuta sensível das mães, um acolhimento sem julgamentos morais. Essa escuta possibilitaria uma abertura maior das mães ao se sentirem acolhidas sem serem julgadas pelos profissionais que as atendessem, atitude bastante comum nos cursos e serviços de saúde.

“Eu tive muitos colegas de faculdade que quando a gente começou a clínica tinham pânico de quando tinham que entrevistar a mãe, “ah não” e eles culpabilizavam toda a construção sintomática daquela criança naquela mãe que não sei o que, nanana. A gente sabe que a construção sintomática de uma criança nada mais é do que a construção sintomática de uma família, né, mas existem coisas que me parecem, que ultrapassam essa mãe, que ela também é resultado dessa construção, entende e me parece que culpabilizar a mãe por todas essas dificuldades não é muito, não sei se não é muito produtivo, mas não é muito a minha saída, entendeu? Eu não acho que, eu acho que são todos sujeitos que têm seus impasses que tem suas dificuldades e não cabe a mim dizer quem é o culpado ali, entendeu? Mas eu acho que escutar essa mãe, sem pré-julgamentos a respeito de quem faz certo de quem faz errado, talvez permita entender melhor aquela criança naquele contexto, talvez. Mas eu acho que é um pouco isso, eu acho que a minha escuta, claro, como psicóloga, é um pouco mais imparcial nesse sentido de não ser tomada por partidária sabe, não sei, eu acho isso, às vezes eu fico me questionando se

eu estou errada se não estou, mas eu acho que importante ter alguém que também faça isso.” (E7)

Essa diferença no trato com as mães participantes da pesquisa também se refletia na compreensão de cada bebê avaliado. Nesse sentido, também foi apontada a importância do profissional da Psicologia para a tarefa de sensibilizar a equipe para as singularidades de cada bebê e cada relação mãe bebê. Essas singularidades eram importantes para compreender cada protocolo de avaliação.

“Porque é super legal se tu pegar os resultados, pelo menos eu via isso, se tu pegares os resultados, tu vais ver que tinham muitas crianças que tinham os mesmos resultados, mas quando tu ia olhar cada caso tu via que aquilo representava outra coisa, e isso era o significativo, entendeu? É outra coisa. Que era pra um, que era pra outro, que tinha um significado muito diferente, então isso eu acho legal, acho que nesse sentido, realmente, o profissional da psicologia tem uma contribuição fundamental pra poder não só escutar, mas pra contribuir pra o grupo sensibilizar sua escuta pra isso.”(E7)

“[...]eu vejo inclusive não só pela pesquisa mas pela experiência no meu trabalho hoje num CAPS infantil o quanto os psicólogos são importantes nesse processo porque por mais que tu estude, às vezes chegar numa família às vezes um profissional que é de outra área, às vezes não consegue talvez chegar ao ponto como um psicólogo, então eu percebo isso, dessa necessidade de ter uma equipe tenha um psicólogo que escute essa família.”(E8)

Caberia ao psicólogo assumir uma função que já lhe é bastante conhecida, qual seja, a função de escutar o que o outro diz e aquilo que não é dito em palavras, mas presente na forma de angústias e sintomas. Essa posição de escuta sensível seria dirigida às mães e familiares do bebê, ao bebê e também à própria equipe de saúde, e teria como objetivos auxiliar na construção e compreensão de demandas por parte das famílias e compreensão das histórias singulares de cada família para a equipe de saúde.

5. DISCUSSÃO

*Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar. Viajaram para o sul. Ele, o mar, está do outro lado das dunas altas, esperando. Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza. E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai: 'Me ajuda a olhar!'.
Eduardo Galeano*

Os dados coletados e examinados a partir da proposta inicial de analisar a percepção dos profissionais com relação aos processos de avaliação e encaminhamento para intervenção de bebês, por meio do protocolo IRDI e sinais PREAUT, suscitaram algumas discussões.

O cuidado demonstrado na maneira como foram avaliados os bebês, respeitando um certo tempo de observação do que era visto na dinâmica mãe-bebê, bem como a

abertura para uma escuta sensível das mães antes de tomar a decisão de encaminhamento para intervenção precoce, nos remete aos três tempos para estabelecimento da demanda propostos por Crespín (2012).

Segundo Crespín (2012), o profissional que atendesse as mães que buscavam solucionar problemas sobre seus bebês, deveria estar atento para cumprir um protocolo de atendimento que obedeceria três tempos. Num primeiro tempo, o profissional ouviria a queixa expressada pela mãe acerca de seu filho e lhe orientaria como proceder além de marcar um retorno em quinze dias para saber se houve melhoras. Nessa consulta de retorno, que seria o segundo tempo, caso não houvesse melhoras, caberia ao médico posicionar-se num lugar de escuta sensível e desprovida de julgamentos para ouvir tudo o que a mãe teria para dizer como sua explicação para o que poderia estar acontecendo com seu filho. Essa escuta sensível possibilitaria à mãe formular também uma hipótese explicativa para o que estaria lhe afligindo em relação ao desenvolvimento ou comportamento do seu bebê e assim proceder com mudanças que atendessem às demandas por compreendidas. E só num terceiro tempo, quando apesar das tentativas anteriores não tivesse melhoras, seria feito um encaminhamento para um profissional da intervenção precoce, identificado e da confiança do pediatra que havia atendido aquela mãe até o presente momento. Esse encaminhamento teria sido construído nos atendimentos anteriores, à medida que permaneceu enquanto uma dúvida não solucionada - e nesse sentido produziu-se uma demanda - uma pergunta que não teve resposta. Essa demanda em forma de pergunta faria a mãe aderir ao próximo passo que seria a intervenção precoce.

Entretanto, cabe ressaltar que o protocolo para o estabelecimento da demanda proposto por Crespín (2012) é mais fácil de se efetivar com mães queixosas com relação ao seu bebê, e isso pouco aconteceu no grupo avaliado pela pesquisa. Como bem ressaltou E6, as mães vinham para fazer um acompanhamento do desenvolvimento de seus bebês, e isso não supunha riscos ou doenças. Essa condição de estarem oferecendo prevenção e promoção de saúde ao invés de estarem “procurando doenças” exigiu um cuidado ainda maior da equipe no sentido de estarem mais atentas aos sinais para não despertarem angústias desnecessárias, mas também não errarem por omissão, como falou E7.

Nesse sentido, as conversas entre as próprias avaliadoras e no grupo de pesquisa foram muito importantes para se pensar cada caso que despertasse uma atenção maior, o que vai ao encontro de proposições de Crespín (2012). Reuniões de equipe também foi a

estratégia sugerida por Crespín (2012) para que fosse possível um olhar mais plural, bem como para facilitar a transição para o encaminhamento uma vez que o profissional que faria a intervenção também faria parte dessa equipe, o que aconteceu parcialmente no grupo de avaliação entrevistado nesta pesquisa. E4 uma das responsáveis pela intervenção, não teve uma participação continuada no acompanhamento das díades, mas E3 sim.

Relembrando Jerusalinsky (2013) ao dizer que os indicadores de risco ao desenvolvimento infantil seriam “...um escorregão na orelha do pediatra”, também observou-se um escorregão no ouvido das profissionais que avaliaram os bebês. Esse escorregão foi como uma abertura maior para ouvir além daquilo que era questionado nos protocolos. Essa escuta sensível das mães foi mencionada como importante por todas as entrevistadas que participaram da avaliação dos bebês. Sensível porque acontecia a partir de uma abertura (sutil ou solicitada) da mãe que buscava algum tipo de informação ou simplesmente compartilhava algo da vida do filho. Essas conversas abriaram um caminho rico para as avaliadoras, uma vez que lhes proporcionava um lugar de suposto saber frente às mães, mas que não foi preenchido sempre com respostas, pois as pesquisadoras adotaram uma posição de que o principal saber sobre o filho vem das mães. As avaliadoras ao passarem a vez de falar para as mães, estavam fazendo aquilo que já fora apontado por Jerusalinsky (2010) como importante, ou seja, deslizar o lugar de saber a respeito do bebê para as próprias mães e assim poder ter acesso a um conhecimento que, enquanto não lhes fosse dada a oportunidade de falar, só elas possuíam. Supõe-se que essas atitudes contribuíram para neutralizar o fato de se tratar de uma equipe de pesquisa e não de um serviço de saúde permanente como apontou E4, facilitando a vinculação efetiva das famílias, apesar da condição “desfavorável” de pesquisadoras.

Essa postura mais cuidadosa com o outro e atenta ao bebê desde seus sinais biológicos (marcos motores e constituição física) até a maneira como se dá a relação mãe-bebê, evidenciaram uma formação compartilhada que supõe o bebê enquanto um sujeito em constituição, que é a base teórica do IRDI e sinais PREAUT (KUPFER; LERNER, 2008; CRESPIÑ; PARLATO-OLIVEIRA, 2015) e de uma postura ética na clínica de bebês orientada pela psicanálise, tão bem evidenciada em relatos de intervenção como os de Laznik (2013; 2015).

Essa formação diferenciada que valoriza as relações estabelecidas com o bebê, além de todo o conhecimento específico de cada profissional que compunha o grupo de

pesquisa que fez as avaliações, foi ressaltada como fator importante para a não utilização dos protocolos de maneira empírico-positivista na lógica do “tem, não tem”. Essa lógica binária do “tem/não tem” pode ser contextualizada na história da medicina e consequentemente da pediatria. Merhy e Zanolli (2001) apontam que historicamente a medicina foi mudando o discurso dirigido às mães passando de um tom coloquial e amigável sobre como criar seus filhos para um tom doutoral e de culpabilização pelas más condições de saúde das crianças, a partir da ciência de Pasteur e o advento da microbiologia.

Assim, também a puericultura passou a se ocupar do desenvolvimento e especificação do corpo infantil buscando a conservação da criança, bem como na sequência, os programas de cuidados à saúde materno infantil. Priorizar a “conservação da vida” do bebê enquanto principal objetivo dos cuidados de saúde durante o primeiro ano de vida do bebê faz parte da história da puericultura como destacou E4. Nesse sentido, as ações de cuidado ao bebê realizadas no SUS seguem a mesma lógica que prioriza marcos de desenvolvimento previstos em tabelas de crescimento. Isso significa dizer também que o olhar médico para o bebê é, historicamente, voltado para sinais do corpo (medições de peso, altura, perímetro e desenvolvimento instrumental), controle de vacinação, estímulo do aleitamento materno, entre outros, visando à manutenção da vida e saúde de um ponto de vista biológico (MERHY, ZANOLLI, 2001). A evidência do domínio do biológico está no poder que o médico apresenta no processo diagnóstico diante da família que, muitas vezes, só busca algum tratamento por uma indicação médica, como resalta E1 e E2 na fala sobre a importância da compreensão e apoio do médico no processo de indicação da intervenção, ou mesmo no dizer de E4 sobre o se bancar como doutora. No entanto, uma nova direção é apontada na disposição da escuta sensível das mães evidenciada no dizer/fazer das entrevistas que talvez seja a grande mudança a ser inserida na puericultura, considerando a linha de cuidado materno-infantil do SUS. Talvez o caminho seja a presença de outros profissionais que obtenham resultados positivos na intervenção muito precoce, para que o olhar do médico possa mudar como afirma E4 ao falar das reversões precoces no risco para o autismo.

Em uma pesquisa realizada na cidade de Santa Maria, foi verificada a não percepção da maioria dos profissionais médicos entrevistados com relação a sinais de risco de autismo em bebês como evitação do olhar, hipotonias, entre outros (FLORES, SMHEA, 2013). Esse fato reforça as afirmações de E4 sobre a necessidade de mudar a

formação médica para que esta também esteja sensível aos sinais de sofrimento de risco psíquico nos bebês.

Essa percepção ficou evidenciada pela observação de uma consulta pediátrica pela E2 que se surpreendeu com o descaso da médica e da própria mãe, com o bebê deixado sozinho na maca. Esse pode ser um fator histórico social que contribui para as mães terem mais facilidade para perceber os sintomas físicos, como foi ressaltado por E2, E6 e E8, uma vez que o médico é o que vem cuidando prioritariamente dos bebês por meio de um acompanhamento mais centrado no crescimento, nutrição, ausência de doença e observação de grandes marcos do desenvolvimento, sobretudo motores.

Os desafios para a inserção de protocolos como o IRDI e o PREAUT na puericultura, seja no SUS ou no sistema complementar de saúde, não serão pequenos como observam Ramos et al. (2016) em pesquisa realizada sobre os efeitos da formação no IRDI em duas unidades de saúde. As autoras perceberam que na Unidade de Estratégia de Saúde da Família (UESF) na qual os profissionais eram formados por equipe multidisciplinar, tendo inclusive uma médica pediatra que também era fonoaudióloga, o protocolo foi inserido com facilidade na puericultura, mas na Unidade Básica de Saúde (UBS) na qual a equipe só contava com pediatras e enfermeiros, os médicos afirmaram a dificuldade de aplicar o protocolo no dia a dia, pois a quantidade imensa de consultas por problemas de saúde dos bebês os impedia de fazer uma consulta em puericultura mais completa. Nesta unidade, as enfermeiras não fizeram parte da formação e, na puericultura feita por estas profissionais, acabou por não ter a inserção também do protocolo IRDI. Esse dado sugere a necessidade de repensar a atenção primária e a equipe mínima que a compõe e o apoio do NASF seria fundamental para que esse processo de mudança de olhar da equipe de puericultura rumo à inserção do psíquico no desenvolvimento infantil se desse na prática do SUS. Sabe-se que a criação do NASF em Santa Maria é recente, talvez uns dois anos, o que explica essa desarticulação da rede em termos de assessoria da atenção primária para cuidados na perspectiva promocional e não apenas da prevenção ou solução para a doença.

Em relação à percepção das profissionais sobre aceitação da ajuda terapêutica pelos pais, E1, E2, E8 perceberam maior abertura presente em casais, pais de prematuros, onde há uma percepção maior da vulnerabilidade pela condição de prematuridade (LOSS, CAPRINI, et al 2015).

Há também percepções pouco definidas por parte de alguns pais. Assim como pontuou E7, as mães podem não saber exatamente o que é, mas expressam que tem algo incomodando como “...*estou tendo dificuldades com ele, não consigo entender o que ele quer, não consigo acolher ele, eu não sei o que é, ele é irritado, não consigo aninhar ele, ele não dorme à noite*”. Nessas situações, bem como quando há percepção de algum sintoma físico, a atitude mais adequada do profissional seria a de se “aliar” ao que é percebido pela mãe para a partir daí, poder inserir aos poucos o que ela não está percebendo, como sugeriram E1 e E2. Essa atitude faria com que a mãe se sentisse mais acolhida, além de proporcionar a transferência necessária para que ela mesma pudesse ouvir o que o profissional teria a dizer sobre seu bebê, de modo que esse lugar de saber possa ser deslizado de um lado para o outro.

Como ressalta Jerusalinsky (2010) a transferência está trabalhando mesmo que o terapeuta (avaliador neste caso) não queira, e irá funcionar inicialmente na demanda da sugestão, ou seja, a mãe irá conceder um lugar de suposto saber para o profissional que está a cuidar de seu bebê, mas a “direção da cura do que não se cura” irá depender de que o profissional não assuma esse lugar sempre, mas o deslize para o campo do saber parental, para que os pais se apropriem desse conhecimento a respeito de seu bebê de maneira a operarem modificações.

Esse deslizamento de saber também precisa acontecer na equipe que atua junto no processo de detecção e intervenção precoce. Ao ressaltarem a importância da formação com uma base de conhecimento em teoria psicanalítica que supõe a constituição do sujeito no bebê, as entrevistadas sinalizaram que não a inserção de protocolos como o IRDI e dos Sinais PREAUT não é um caminho fácil, nem abrange todos profissionais que compõem os serviços, uma vez que supõe uma disposição diferente para perceber e acolher os bebês e suas famílias.

Se por um lado, as políticas públicas no Brasil como o ECA, PAISC, Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, Programa de Atenção a Recém-Nascidos vêm incluindo a educação em saúde com foco preventivo e de promoção de saúde, esperando dos profissionais além das habilidades específicas, abordagens pedagógicas de educar para cuidar (CABRAL, AGUIAR, 2003), por outro lado, a proposta de formação para aplicação do protocolo IRDI e sinais PREAUT prevê mais o lugar de observação atenta e escuta sensível supondo que o saber e a aprendizagem serão um caminho de mão dupla – tanto quem avalia quanto quem cuida do bebê estarão aprendendo e mudando. Nesse

sentido, a proposição de educação em saúde estaria mais associada ao trabalho de escuta que valoriza a interação entre profissional e usuário de saúde, com responsabilidade tecnocientífica, social e ética do cuidado (CECCIM, FEUERWERKER, 2004). Ou seja, o cuidado não seria ensinado pelo profissional, pois ele seria “modo de fazer”.

Nesse contexto, também foi destacado o papel do profissional da Psicologia dentro dessa equipe de detecção e intervenção precoce assumindo, pelo menos, duas funções: a escuta sensível de mães por demanda espontânea ou por sugestão da equipe de avaliação, e a escuta especializada da equipe para auxiliar na compreensão dos casos que despertassem a atenção maior dos profissionais.

Essa escuta sensível das mães foi ressaltada nas falas de E6, E7 e E8 enquanto papel de todos os profissionais na detecção, não só do psicólogo, sendo de grande importância nos casos em que a equipe suspeitasse da necessidade de intervenção precoce. Ou seja, a escuta sensível seria um atributo da equipe no geral, no sentido de ser uma abertura desprovida de julgamentos. No entanto, o grupo destaca que o psicólogo, até por sua formação, pode ser especialmente importante para essa escuta sensível das mães de bebês cujas avaliações despertassem a atenção da equipe para uma possível intervenção precoce. O psicólogo ajudaria a mãe nesse processo de produzir uma pergunta sobre seu filho para que o encaminhamento para intervenção fizesse sentido, como bem pontuou E7. Essa função vai ao encontro das entrevistas preliminares propostas por Lacan (1971-1972) uma vez que possibilitariam a construção da transferência do paciente com o terapeuta lhe conferindo o lugar de suposto saber junto com a formulação de uma pergunta demanda para o tratamento.

E7 também destacou a função do psicólogo de auxiliar a equipe na compreensão dos indicadores e dos sinais ausentes em cada caso singular, uma vez que é sabido que, mesmo apresentando os mesmos indicadores ausentes, diferentes bebês podem ter desfechos clínicos distintos (ROTH, 2016), comprovando a irredutibilidade da singularidade dos sujeitos (ANSERMET, 2015).

Outra categoria que emergiu dos dados foi a ambivalência da percepção dos sintomas por parte das mães que oscilavam entre estranhamento e identificação de características do bebê como familiares, sendo mais difícil perceber enquanto problema à medida que isso implicasse pensar sobre a relação com o bebê. Possivelmente, o sentimento de culpa que poderia emergir da percepção da mãe de que seu cuidado não

estaria sendo suficientemente bom ou mesmo o fato de que, enquanto o sofrimento se manifesta no bebê a mãe estaria protegida do próprio sofrimento, são elementos que podem ter contribuído para a ambivalência percebida pelas profissionais. Essa observação demonstra mais uma vez a importância da escuta sensível e continuada de um mesmo profissional para que possa se dar a transferência necessária para que a mãe se sinta acolhida em seu sofrimento de modo a poder observar e admitir o sofrimento do filho.

Uma das possibilidades que emergiu deste estudo foi pensar o profissional de Psicologia integrando as equipes de puericultura a partir de sua ampliação já que os profissionais médicos e enfermeiros não têm a formação necessária para fazer essa escuta mais qualificada dos aspectos psíquicos. Os exemplos citados por Crespin (2012) de sua inserção nos PMIs franceses é um exemplo de como essa estratégia poderia ser positiva em um país como o Brasil.

Possivelmente, projetos de pesquisa e extensão, que demonstrem a diminuição de encaminhamento de crianças para ambulatórios de saúde mental, ou mesmo para ambulatórios de fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e abordagens especiais em educação, poderiam fornecer evidências para a inserção desse profissional se não diretamente na atenção primária, talvez como um suporte mais robusto nos Núcleos de Apoio a Estratégia de Saúde da Família, os NASFs.

6. CONSIDERACOES FINAIS

Levando-se em consideração o objetivo geral de analisar as percepções das profissionais com relação aos processos de avaliação e encaminhamento para intervenção de bebês com risco psíquico, avaliados por meio do protocolo IRDI e sinais PREAUT, bem como discutir elementos para a inserção desses protocolos em um sistema de saúde, podemos chegar a algumas considerações finais que dizem respeito a estratégias da equipe para melhor avaliação dos bebês e encaminhamento para intervenção precoce quando necessário.

A primeira estratégia que se destaca na percepção das profissionais entrevistadas diz respeito à formação adequada para compreender o desenvolvimento infantil de maneira a valorizar o bebê enquanto um sujeito em constituição e, assim, apto desde seu nascimento a interagir ativamente com quem lhe cuida. Essa compreensão do desenvolvimento que supõe a relação mãe bebê como fundamental para a emergência do psiquismo aliada à noção de risco e não diagnóstico foi apontada como imprescindível para a compreensão e melhor uso dos protocolos IRDI e sinais PREAUT por profissionais em uma equipe de saúde com vistas à detecção e intervenção precoce.

Arelada à formação teórica estaria também a necessidade de uma equipe interdisciplinar para a detecção e intervenção precoce. Junto com a especificidade do olhar que busca a relação com o outro, para além dos marcos biológicos da criança, a

pesquisa aponta para a importância da equipe ser composta por diferentes profissionais da saúde trabalhando de maneira integrada. Além do conhecimento compartilhado sobre cada bebê que despertasse mais a atenção dos avaliadores, a equipe teria uma rotina de reuniões para discussão e decisões sobre como proceder em cada caso.

Outra estratégia ressaltada diz respeito a uma disposição do profissional em ouvir das mães mais do que é solicitado objetivamente nos protocolos de maneira a poder melhor conhecer a realidade de cada bebê e sua família viabilizando a transferência. Essa disposição para escutar as mães no que diz respeito a sua experiência de maternidade, cuidados com o bebê e histórias familiares é que possibilitaria uma proximidade mais efetiva com aquele que faz as avaliações. Essa proximidade serviria para possibilitar a abertura da comunicação em ambos os lados. Se por um lado os profissionais poderiam saber mais sobre a realidade da criança e pela maneira como a mãe a relata, também saber sua maneira de compreender o que está acontecendo com o seu bebê, do lado da mãe, essa proximidade se traduziria em confiança e aumentaria a probabilidade de que ela aderisse ao que fosse orientado pelo profissional.

Nesse contexto de transferência, no qual o lugar de suposto saber opera do lado do profissional, mas não se restringe a ele à medida que é devolvido para as mães quando são convidadas a pensar sobre o que pode estar acontecendo com seus filhos, a sensibilidade clínica do psicólogo de suportar a dúvida e as angústias sem resolvê-las antes que façam sentido para quem as provoca - as mães com seus bebês - é de fundamental importância. Nesse sentido, uma das considerações finais deste trabalho diz respeito também à importância do psicólogo enquanto integrante permanente das equipes de detecção e intervenção precoce.

A pesquisa não é capaz de indicar o melhor local para a inserção dessas equipes de detecção e intervenção precoce, mas levando-se em consideração as estratégias relacionadas acima, a rede de atenção básica apresenta-se como um bom local para a realização das avaliações uma vez que os acompanhamentos iniciam aos dois meses de idade do bebê, e esse seria um local de passagem das mães que trazem seus bebês para consultas pediátricas e vacinação. A equipe de detecção precoce poderia ser um “braço” do NASF, responsável por realizar as avaliações e capacitar profissionais da atenção básica para esse cuidado sensível de prevenção de risco psíquico em bebês.

Finalmente, cabe ressaltar que este é um trabalho de prevenção e promoção de saúde que prevê a detecção de risco psíquico em bebês típicos, o que significa dizer que se trata de uma proposta tão importante e inovadora quanto delicada e sensível. As profissionais entrevistadas na pesquisa demonstraram uma sintonia de equipe e comprometimento sensível no cuidado aos bebês e suas mães, de maneira que dos 140 bebês que iniciaram a pesquisa, 120 estão concluindo o período de avaliações aos vinte e quatro meses de idade.

Cuidar com sensibilidade é uma estratégia importante no ensino da graduação e de cursos que formem profissionais comprometidos com o cuidado em saúde. Quando esse aprendizado não opera na graduação, é possível retomá-lo na pesquisa e na extensão, como se viu no caso do grupo entrevistado. Tradicionalmente nas graduações de Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Educação, a visão psicanalítica de sujeito não é abordada. Nem mesmo a distinção na intervenção com um sujeito em constituição, no caso desta pesquisa o bebê, e outro já constituído a mãe. Por isso, muito do fazer desses profissionais apresenta como foco questões instrumentais. Há mais de 30 anos o Centro Lydia Coriat em Porto Alegre, com uma inserção e reconhecimento no Rio Grande do Sul (RS), juntamente com a associação psicanalítica de Porto Alegre (APOA), entre outros grupos de estudo psicanalítico, vem formando profissionais dessas profissões na clínica de bebês a partir desse olhar psicanalítico. No grupo de pesquisa que constituiu a amostra desta pesquisa já se faz sentir os efeitos dessa história de formação no RS, introduzida no curso de graduação e pós-graduação em Fonoaudiologia pela orientadora desta dissertação e por uma colega, que fez parte da pesquisa, na Terapia Ocupacional. Na Fisioterapia a formação ainda está no âmbito do pós-graduação, já que algumas palestras foram dadas na residência multiprofissional e no PPGDCH. Esse fato demonstra que além de pediatras e enfermeiros, ainda é necessária uma formação sobre constituição psíquica e clínica de bebês a outros profissionais da saúde o que poderá facilitar a inserção dessa política nas equipes de saúde. Basta lembrar que o fonoaudiólogo vê os bebês no teste da orelhinha e na amamentação na internação hospitalar e que todos esses profissionais seguem casos de risco como os prematuros e bebês com síndromes em ambulatórios hospitalares.

Sabe-se que na graduação os estágios são, em geral, realizados nas clínicas-escola de cada curso, e, por vezes, em serviços de saúde. Nas clínicas-escola, nem sempre há outros profissionais que não o da profissão do graduando, o que destaca a importância da

troca que ocorreu neste grupo pesquisa. O caráter interdisciplinar parece ter potencializado a sensibilidade e segurança das participantes, sobretudo pela presença da psicóloga na equipe em seu papel de escuta no grupo. Esse resultado sugere a necessidade de universidades pensarem em clínicas-escola interdisciplinares.

Por fim, e não menos importante, a orientação psicanalítica que perpassa o estudo do desenvolvimento infantil lança o grupo a destacar a importância da escuta durante a aplicação dos protocolos IRDI e dos Sinais PREAUT para uma maior compreensão de cada caso. Isso abrange alguns pontos como o fato de que a psicanálise é uma teoria do singular e, por isso, os sinais investigados possuem um valor indiciário cuja leitura pode assumir distintas interpretações a luz de quem olha e escuta. Podem produzir não só a detecção como caminhos para pensar a intervenção que poderá ser em *setting* clínico como o exemplificado nos trabalhos clássicos de Laznik (2013) ou *setting* educacional como exemplificada no trabalho de Ambrós (2016), que é deste grupo, mas que também já existem resultados no trabalho em creches e educação infantil no grupo IRDI (KUPFER et al., 2016).

Por todas essas considerações, pode-se dizer que a inserção dessa estratégia no sistema de saúde implica formação continuada e assessoria continuada, bem como mudanças na graduação dos profissionais de saúde com abordagem do psíquico. O profissional de Psicologia, de orientação psicanalítica, apresenta-se como um profissional fundamental na instrumentalização e acompanhamento das equipes de atenção primária e formação dos colegas em emergência do psiquismo. Ele conta hoje com instrumentos potentes de detecção precoce, que além de detectar podem indicar direções para a intervenção, um caminho promissor na promoção da saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMBRÓS, T. **A musicalização como dispositivo de intervenção precoce junto a bebês com risco psíquico e seus familiares.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

BALTAZAR, D.V S.; GOMES, R.F.S.; CARDOSO, T.B.D. Atuação do psicólogo em unidade neonatal: construindo rotinas e protocolos para uma prática humanizada. **Rev. SBPH** vol.13 no.1 Rio de Janeiro jun. 2010

BELTRAMI, L. **Ansiedade materna puerperal e risco para alterações no desenvolvimento infantil.** Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

BERNARDINO, L. M. F. É possível uma clínica psicanalítica com bebês? In: KUPFER, M.C.; TEPERMANN, D. (org) **O que os bebês provocam nos psicanalistas.** São Paulo: Escuta, 2008.

CABRAL, E.I.; AGUIAR, R.C.B.; As políticas públicas de atenção à saúde da criança menor de cinco anos: um estudo bibliográfico. **Rev enferm UERJ**; 11(3): 285-291, set.-dez., 2003.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C.M.; O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CRESPIN, Graciela Cullere. **L'epopée symbolique du nouveau-né**. 2^a ed. Paris: Erès, 2006, 2012.

CRESPIN, G.C. **Comunicação Oral sobre o tema: Autismo: aspectos clínicos e educacionais**. Curso de Extensão NIDIP, PPGDCH, Universidade Federal de Santa Maria, 28 de abril de 2016.

CRESPIN, G.C.; OLIVEIRA, E.M.P. Projeto PREAUT. In: **Dossiê Autismo**, 1ed. São Paulo: Instituto Langage, 2015.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CORIAT, L.; JERUSALINSKY, A. Desenvolvimento e maturação. **Escritos da Criança**, Porto Alegre, n 1, 1987.

CORIAT, L. F. **Maturação psicomotora do primeiro ano de vida da criança**. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1991.

CUNHA, A. C.B.; BENEVIDES, J.; Prática do psicólogo em intervenção precoce na saúde materno-infantil. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 17, n. 1, p. 111-119, jan./mar. 2012

DÉSJARDINS, V & GOLSE, B. Corpo, forma, movimento e ritmo como precursores da emergência da intersubjetividade e da palavra no bebê. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. (1), 14-30, 2005

DUNKER, C.I.L.; VOLTOLINI, R.; JERUSALINSKY, A. Metodologia de pesquisa e psicanálise. In: KUPFER, M.C.; LERNER, R. (org) **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 1984/1992

FERREIRA, S. S. Preaut Brasil – **Estudo e pesquisa em autismo** (Eixo Recife - PE)
<http://ninar.com.br/wp-content/uploads/2013/11/preaut-i-jornada-o-que-e-a-pesquisa-preaut-recife-pe-28.-09-13-logo.pdf> (último acesso dia 19/11/15)

FLORES, R.M.; SMEHA, L.N.; Bebês com risco de autismo: o não-olhar do médico. **Ágora** (Rio J.) vol.16 no.spe Rio de Janeiro Apr. 2013.

FONTES, Ivanise – A ternura tátil: o corpo na origem do psiquismo. In: **Revista Psychê**, ano X, número 17. São Paulo, 2006.

FRANCO, V. **Introdução à intervenção precoce no desenvolvimento da criança** – com a família, na comunidade, em equipe. Évora: Aloendro, 2015.

FREUD, S. **Inibição, sintoma e angústia**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996

_____. (1905) **Três ensaios sobre a sexualidade infantil**. In: Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. VII.

_____. (1914). **Introdução ao narcisismo**. In: Obras psicológicas de Sigmund Freud, vol. 1: Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____. (1915) **As Pulsões e seus destinos**. In: Obras psicológicas de Sigmund Freud, vol. 1: Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____. (1940 [1938]). **Esboço de psicanálise** In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XXIII.

GARNICA, A. V. M. Algumas Notas sobre Pesquisa Qualitativa e Fenomenologia. In: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, V. 1, n. 1, 1997.

GOLSE, B. O autismo infantil, a intersubjetividade e a subjetivação: entre as neurociências e a psicanálise. In MARIN, IK; ARAGÃO, RO. (org) **Do que fala o corpo do bebê**. São Paulo: Escuta, 2013, p.263-278.

INFANTE, D.P. O outro do bebê: as vicissitudes do tornar-se sujeito. In: ROHENKOHL,C.M.F. (org) **A clínica com o bebê**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

JERUSALINSKY, A.; KUPFER, M.C.; BERNARDINO, L.F.; WANDERLEY, D.; ROCHA, P.; MOLINA,S.; STELLIN,R.; PESARO,M.E.; LERNER,R.; Valor preditivo de indicadores de risco psíquico para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. In: **Lat. Am. Journal of Fund. Psychopathology**. v. 6, n. 1, p. 48-68, maio de 2009.

JERUSALINSKY, A. (org) **Dossiê autismo**. 1ed. São Paulo: Instituto Langage, 2015.

JERUSALINSKY, J. **Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês**. Salvador: Ágalma, 2006.

JERUSALINSKY, J. **A criação da criança – brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê**. Salvador: Ágalma, 2011.

KUPFER, M. C. Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. **Psicol. USP** vol 11 n 1 São Paulo, 2000.

KUPFER, M. C. M; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. **Rev. Psic.: Teoria e Pesq.**, Brasília, v. 21, n.3, dec.2005.

KUPFER, M. C.M. **Pesquisa Multicêntrica**. Relatório Final, Ministério da Saúde, 2008

KUPFER, MCM.; BERNARDINO, L. M. F. ; PESARO, M. E. ; MARIOTTO, R. M. M. . Metodologia IRDI nas Creches: em busca de um bom começo para o desenvolvimento psíquico de crianças de zero a dezoito meses. **Associação Psicanalítica de Curitiba em Revista**, v. 32, p. 81-94, 2016.

LACAN, J. O seminário: livro 2 - **O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1978/1992.

_____. (1966) **O estádio do espelho como formador da função do eu**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 96-103.

_____.O seminário: livro 11 - **Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 1979/ 1988.

LAZNIK. M. C. **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito**. Salvador: Ágalma, 2004.

_____. **A hora e a vez do bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

LERNER, R. **Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil - IRDI: verificação da capacidade discriminativa entre autismo, retardo mental e normalidade** (Tese de Livre-docência). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. 2011.

LOSS, A.B.M.; CAPRINNI, F.R.; RIGONI, P.V.M.S.; ANDRADE, B.L.S.; Estados emocionais e estratégias de enfrentamento de mães de recém-nascidos de risco Gerais, **Rev. Interinst. Psicol.** vol.8 no.1 Juiz de fora, jun. 2015

MAHDAHAOUI, A. ; CHETOUANI, M. ; PARLATO-OLIVEIRA, E. et al. Detecção automática do manhês: análise da prosódia de pais de crianças autistas. **ReVEL**, v. 8, n. 15, 2010.

MERHY, E. E.; ZANOLLI, M.L. A pediatria social e as suas apostas reformistas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4):977-987, jul-ago, 2001.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12ª edição. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da Saúde da Criança**. 5 ed Distrito Federal, 2008

MOTA, A D. P.; LERNER, R; ESCOBAR, A. M.U.; KUPFER, M.C.; ROCHA, F.M.M.; SANTOS, L. S.; Associação entre sinais de sofrimento psíquico até dezoito meses e rebaixamento da qualidade de vida aos seis anos de idade. **Psicol. USP** vol.26 no.3 São Paulo Sept./Dec. 2015

OLIVEIRA, L. D. **Da detecção à intervenção precoce: risco ao desenvolvimento infantil e para o distúrbio de linguagem**. Dissertação (Mestrado Em Distúrbios da Comunicação Humana) Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

PARLATO-OLIVEIRA, E. M. **À escuta de linguagem na clínica de bebês**. An 7 Col. LEPSI IP/FE-USP 2009.

PERUZZOLO, D.L. **A clínica do sintoma psicomotor em bebês prematuros com risco ao desenvolvimento**. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana) Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

PRETTO-CARLESSO, J.P. **Análise da relação entre depressão materna e índices de risco ao desenvolvimento infantil**, 2011. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

ROCHA, S.P; FINGERMAN, D; CAVALCANTI, E.A.; ESCOBAR, U. M. A.; KUPFER, M. C. Apresentação e debate em torno da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. In: KUPFER, M.C.; LERNER, R. (org) **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008.

ROTH, A.M. **Sinais de risco psíquico em bebês na faixa etária de 3 a 9 meses e sua relação com variáveis obstétricas, sociodemográficas e psicossociais**. Dissertação (Mestrado Em Distúrbios da Comunicação Humana) Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

SENADO via endereço online <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/101400> último acesso dia 15 de setembro de 2015.

SETÚBAL, M.S.V. Relato da história da inserção e evolução do atendimento psicológico a bebês e suas famílias em uma Unidade de Neonatologia. **Rev Paul Pediatr**; 27(3):340-4, 2009.

TEPERMAN, D.W. **Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção à tempo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

TREVARTHEN, C.; KOKKINAKI, T. & FIAMENGHI, G. **What Infant's Imitations Communicate: with mothers, with fathers and with peers**. In *New Perspectives in Early Communicative Development*. London: Routledge, 48-81, 1993.

TURATO, E. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

UFSM, **Manual de dissertações e teses da UFSM: estrutura e apresentação**. Santa Maria: Editora da UFSM, 2015.

VACCARO, A.L.G.; GHAZZI, M. **Seção temática**, Caderno da APPOA, Porto Alegre, n 110, Jan 2003.

VENDRUSCOLO, J. **O brincar de sujeitos com risco psíquico: um olhar interdisciplinar**. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

WANDERLEY, D.B. (org) **Palavras em torno do berço: intervenções precoce, bebê e família**. Salvador: Ágalma, 1997.

WANDERLEY, D.B. (org) **Aventuras psicanalíticas com crianças autistas e seus pais**. Salvador: Ágalma, 2013.

APÊNDICE I: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS

Qual sua formação? Tempo de prática. Tempo de participação no projeto de detecção/intervenção precoce.

De que maneira você participou das avaliações de bebês e que atitude(s) você adotou diante da observação de que algo não ia bem no desenvolvimento do bebê?

Teve algum caso em que foi sugerida intervenção precoce? Como foi dito para a família e quais as reações dos familiares?

A mãe percebia que algo não ia bem com o bebê ou em sua relação com o bebê ou negava?

Qual atendimento foi sugerido e como se efetuou o encaminhamento da demanda?

O que você julgou importante para que se efetuasse o encaminhamento e consequente intervenção precoce?

Quais as condições na implementação da detecção precoce que você julga que favoreçam não só a detecção como o estabelecimento da demanda por intervenção precoce?

Que condições você identifica serem necessárias para a inserção da detecção e intervenção no sistema público/privado de saúde – na linha de cuidado materno infantil?

Caso você tenha realizado intervenção precoce em sua pesquisa, como foi o contato e a adesão com as crianças indicadas pelo grupo? Quais as facilidades e as dificuldades na adesão a intervenção?

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Análise Comparativa do Desenvolvimento de Bebês Prematuros e a termo e sua Relação com Risco Psíquico: Da detecção a Intervenção

Título do estudo aluno: Percepções de uma equipe de saúde acerca da inserção da detecção de risco psíquico e encaminhamento para intervenção precoce na puericultura

Pesquisador responsável: Carolina Schumacher

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria- Departamento de Fonoaudiologia.

Telefone para contato: (55) 32208348

Local da coleta de dados: Universidade Federal de Santa Maria .

Nos próximos itens procuramos esclarecer os objetivos e procedimentos da presente pesquisa e nos dispomos a tirar quaisquer dúvidas que por ventura emergirem a qualquer momento da pesquisa. São eles:

1 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem o objetivo principal de investigar as percepções de profissionais sobre o processo de detecção e intervenção precoce em sua prática e suas reflexões sobre a possível inserção dessas práticas no sistema de saúde..

2 – A coleta de dados inclui a aplicação da entrevista semi-estruturada nos participantes da avaliação e intervenção nos bebês do projeto de análise comparativa do desenvolvimento de bebês prematuros e a termo com e sem risco psíquico. A entrevista será gravada em áudio.

3- Os dados das gravações serão transcritos ortograficamente e a seguir os dados serão degrevados.

4- A pesquisa possui risco mínimo em função do desconforto ligado ao tempo para responder a entrevista.

5- Benefícios para o participante estão na possibilidade de refletir sobre seu trabalho no grupo de pesquisa.

6- É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu trabalho na Instituição;

7- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

8 – Os voluntários receberão informações atualizadas sobre os resultados parciais das pesquisas e receberão um retorno de todos os resultados ao final da pesquisa.

9 – Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

10 – Não há possibilidades de dano pessoal, mas se o voluntário se sentir constrangido ou prejudicado de qualquer forma poderá desistir de participar da pesquisa.

11 – Mantenho, como pesquisadora, o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo.

Eu discuti com a Dra. Ana Paula Ramos de Souza sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Santa Maria, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do sujeito de pesquisa/representante legal

N. identidade

Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, ____ de _____ de 2016.

.

Assinatura do responsável pelo estudo

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - UFSM Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria –
7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 -
email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br