

REVISTA DE INFORMAÇÃO LEGISLATIVA

Brasília • ano 44 • nº 176 • edição especial
outubro/dezembro – 2007

3º Fórum Senado Debate Brasil
Políticas para a Primeira Infância:
Quebrando a Cadeia da Violência

Saúde e Educação, antes ou a partir do nascimento?

Laurista Correa Filho

Sumário

O casal grávido e a crise existencial da gestação. O bebê e a formação da individualidade. O parto é um acontecimento psicossomático. O poder das primeiras relações – a formação do vínculo e do apego como relações duradouras e securitizantes. Uma rede de apoio e um ambiente protetor favorecem as interações no pós-parto. O pai, a mãe e o recém-nascido precisam de cuidados e proteção. Interações e desenvolvimento do cérebro. A rede cerebral depende decisivamente dos estímulos ambientais. O profissional da primeira infância. O educador pré e perinatal. O educador na creche. Abordagem multidisciplinar e alianças preventivas.

Num momento onde nossa própria integridade e segurança física e psicológica é freqüentemente ameaçada, nos juntamos àqueles que vêm numa atenção adequada ao início da vida um dos caminhos para a mudança tão desejada no que se refere à qualidade de vida de nossas crianças, nossa família, nossa sociedade. Começar do começo, da concepção do bebê, do preparo consciente da parentalidade (maternalidade e paternalidade) pode fazer a diferença.

O casal grávido e a crise existencial da gestação

Uma vida nasce no ventre de uma mulher. Em 25 semanas, essa célula microscópica cresce e se torna um feto que pesa cerca de 500 gramas e que já tem 100 bilhões de

Laurista Corrêa Filho é Pediatra, neonatologista, especialista em saúde da mulher e da criança “Sorbonne – Paris V, Assistente Estrangeiro pelo Hospital Cochin-Port Royal”, Paris, França.

células cerebrais. Nas semanas seguintes vai crescer ainda cerca de sete vezes – nunca mais o ser humano vai crescer tanto em tão pouco tempo, ou seja, cerca de 50 cm em nove meses.

Tão espetacular como a evolução física na constituição de um bebê é a revolução psicológica que ele causa na mãe, no pai e na família. Revolução tão completa que pode assemelhar-se a um estado psicológico transitório, uma organização psíquica especial.

O nascimento de um bebê conduz a outro nascimento: o de uma mãe, na mulher, e o de um pai, no homem. A maternidade e a paternidade são uma conquista psicológica para a qual homem e mulher podem se habilitar. Não se nasce sabendo ser pai e mãe, mas pode-se aprender e se preparar para a passagem de filha ou filho para mãe ou pai de seu filho.

A gravidez provoca também renegociação na organização familiar: ao abrir espaço para uma nova pessoa na família, o lugar de cada um será levemente modificado e, conforme a história pessoal de uns e de outros, cada um se sentirá mais ou menos profundamente tocado e recolocado em questão.

Cada gravidez precisa ser tratada no contexto de sua história, pois a chegada de todo bebê ao mundo é precedida por um banho de linguagem, isto é, de uma história no seio da qual sua existência começou e se inscreve.

“Como ele foi concebido? Em que contexto? Ele foi planejado? Ardentemente desejado? Longamente esperado? Ou, ao contrário, chegou sem ser ‘programado’? Foi uma surpresa divina ou uma amarga decepção? Uma fonte de angústia? De euforia? Seja qual for a configuração, essa origem marcará a criança e fará parte de sua história” (Szejer, 1997). Essa origem está inscrita no inconsciente parental como uma verdade concernente a essa criança.

O turbilhão emocional da gravidez, entretanto, pode ser aliviado pelas palavras.

Uma escuta atenta sobre como a gestante e seu companheiro se expressam evidenciou que, pelo menos até que ela comece a sentir os movimentos fetais, a gestante fala mais dela do que do bebê, da falta de competência para ser pai e mãe. Tudo isso não pode ser banalizado e devem ser considerados como sintomas nem sempre conscientes, sinais carregados de sentidos num contexto individualizado da história de cada gravidez.

O pai também sofre alterações na sua estrutura psíquica. Vários estudos têm mostrado que ocorrem modificações no funcionamento psíquico do pai geradas pela necessidade de assumir novas funções e papéis (Tris, 1987). O suporte emocional que o pai dá à grávida contribui para aceitação da gravidez e do bebê, para vivências mais positivas do momento do parto e disposição para o aleitamento materno.

As realidades psíquicas do pai, da mãe e do feto se entrelaçam antes da concepção, pois o casal grávido lida com três bebês: o bebê imaginado ou fantasmático – aquele desejado individualmente pelo pai e pela mãe desde a sua infância; o bebê imaginário – o que o pai e a mãe desejam desta gravidez; o bebê real – aquele que ao nascer mostra suas peculiaridades e especificidades.

O bebê e a formação da individualidade

A vida começa no útero. A partir dos anos 60, há evidências acumuladas de que o feto e o recém-nascido pré-termo, também chamado prematuro, se comportam como seres interativos e competentes: ouvem, vêem, se movem, sentem dor, têm expressão própria e afetada pelas interações. Estudos recentes sobre a atividade fetal e o comportamento do recém-nascido indicam a existência de uma continuidade transnatal. Por exemplo, num estudo de De Casper, Fifer e Spence, um bebê de dois dias tem preferência por vozes a qualquer outro

ruído; por vozes femininas. Afinal, um bebê de termo já nasce com cerca de 280 dias de experiências intra-uterina, o que contribui para as diferenças individuais entre os recém-nascidos.

O feto já apresenta todo o repertório de movimentos do recém-nascido. Entre 16-20 semanas as mães percebem pela primeira vez os movimentos fetais que já existem desde a sétima semana e que podem ser afetados pelo álcool, fumo, sedativos, atitudes e emoções da mãe.

Por poderem ser estudados através de métodos não evasivos (ultra-som, dopler, fluxometria) e por terem importantes papéis na formulação de diagnósticos médicos, os movimentos fetais, têm sido objeto de particular atenção. Todos os estados de consciência observáveis no recém-nascido já aparecem no feto. De acordo com estudos de Brazelton (1992), no último trimestre de gravidez a mulher é capaz de saber quando seu filho está em sono profundo; sono leve; vigília ativa ou alerta, mas quieto. Com poucos dias de atenção consciente ao fenômeno, ela pode observar que ele se “adapta” ao ritmo da mãe – por exemplo, os períodos de maior movimento fetal coincidem com os momentos de inatividade dela.

Os sistemas sensoriais já se encontram em funcionamento na vida fetal. No último trimestre da gestação o feto responde com regularidade a estímulos visuais, auditivos ou a uma combinação de sensações: distingue um som do outro, memoriza os sons escutados com frequência ou em momentos particulares. As respostas diferenciadas do feto aos estímulos externos podem ser percebidas como sinais pela mãe e, se esses sinais coincidem com as respostas maternas, podem representar o início da sincronia entre mãe e filho.

Esse processo de aprendizagem entre pais e bebê leva a um processo de personificar, de individualizar “o seu bebê”, o que vai proporcionar aos pais a coragem de enfrentar o parto como o momento do

encontro visual com o bebê imaginário, que no nascimento se torna o bebê real.

O parto é um acontecimento psicossomático

No parto, mãe e bebê precisam de apoio emocional. O parto não é só um processo fisiológico de expulsão do bebê, assim como o nascimento não é só a mudança do bebê do ambiente aquático para o aéreo. Ambos, mãe e bebê, estão envolvidos numa seqüência irreversível de acontecimentos que mobilizam a energia emocional de cada um.

O poder das primeiras relações – a formação do vínculo e do apego como relações duradouras e securitizantes

As primeiras relações influenciam a qualidade do funcionamento psíquico definitivo de uma pessoa. Segundo Klaus, Kennel & Klaus (2000), “um apego pode ser considerado como um relacionamento único entre duas pessoas, sendo este apego específico e duradouro ao longo do tempo”. O trecho refere-se aos laços afetivos dos pais com seu bebê (alguns estudiosos usam o termo vínculo para se referir aos laços afetivos do bebê para com seus pais).

A palavra da mãe, do pai ou do cuidador nos primeiros meses de vida é, para o bebê, um elemento estruturante muito forte no seu funcionamento psíquico. Mas como o bebê é também corporal, o “olho no olho”, carícias, toques, beijos, abraços são condutas que mantêm o contato e reforçam o apego. Quanto menor a criança, mais um ser psicossomático ela é, afirma Julien Cohen-Solal (1999).

A oportunidade dada aos pais de estarem juntos com o bebê na primeira hora e sua permanência no hospital, com o suporte técnico e afetivo de um cuidador, cria um ambiente propício à formação do apego e do vínculo e reforça o poder do contato inicial.

Uma rede de apoio e um ambiente protetor favorecem as interações no pós-parto

Os efeitos significativos das primeiras horas e dias são explicados em parte pelas observações feitas por Winnicott (1996), que descreveu um especial estado mental da mãe no período perinatal envolvendo uma sensibilidade muito aumentada e com foco sobre as necessidades de seu bebê. Ele mostrou que esse estado de “preocupação materna primária” inicia-se próximo ao final da gravidez e continua por umas poucas semanas após o nascimento do bebê.

A mãe precisa de apoio afetivo e ambiente protetor para desenvolver e manter esse estado. Esta preocupação especial e a atitude de abertura da mãe para com seu bebê são fatores-chave no processo de criação do vínculo. Se ela sentir as necessidades do bebê e responder a essas necessidades de um modo sensível e oportuno, mãe e bebê estabelecerão um padrão de interações sincronizadas e mutuamente compensadoras.

“É nossa hipótese que, na medida em que o par mãe-bebê continue esse padrão de dança dia após dia, o bebê tenderá a desenvolver um apego seguro, com habilidades reforçadas por outras pessoas conhecidas que venham a cuidar dele, e o desejo de explorar e dominar o ambiente quando estas pessoas estão presentes. Em certo sentido, a criança torna-se um otimista ao invés de um pessimista. As características de um apego seguro, se presentes com um ano de idade, geralmente persistem ao longo da infância e da vida adulta” (Brazelton, 1992).

O pai, a mãe e o recém-nascido precisam de cuidados e proteção

Uma rede de apoio e um ambiente protetor vão auxiliar a superar e até evitar

situações que podem interferir na interação: a depressão materna pós-parto, que atinge de 10 a 15% das mães, pode prejudicar a auto-estima da mãe e a atividade cerebral dos bebês, ocasionando atrasos cognitivos posteriores ou sintomas emocionais.

“Dawson e seus colegas examinaram o impacto da depressão materna nos sistemas biológicos envolvidos no desenvolvimento emocional, especialmente o córtex frontal. Descobriram que cerca de 40% de bebês com mães deprimidas demonstraram atividade cerebral reduzida. Os pesquisadores prestaram especial atenção à região frontal esquerda – a parte do cérebro associada a emoções exteriormente dirigidas (como alegria, tristeza, raiva). Nove entre 10 bebês, que demonstraram altos níveis de atividade frontal esquerda, tinham mães não deprimidas. Por outro lado, 21 dos 28 que mostraram baixos níveis dessa atividade tinham mães deprimidas.” (Rima Shore, 2000).

Essa pesquisa evidencia a necessidade de se apoiar a mãe desde o período pré-natal, acompanhando também seu psiquismo. Os pais e outros membros da família também precisam de suporte, já que um pai não-deprimido e uma relação forte entre o casal têm demonstrado moderar o impacto adverso de depressão materna nas crianças. Há evidências de que, quando a depressão das mães é tratada e acaba por volta dos seis meses, a atividade cerebral dos seus bebês pode voltar ao normal.

Para que o adulto saiba evocar respostas interativas do bebê, é necessário que conheça os seus estados de consciência, considere as diferenças individuais e respeite os princípios da interação. Os estados de consciência são seis: sono profundo, sono ativo ou leve, sonolência, alerta acordado, alerta irrequieto, choro. O estado de consciência parece ser um sistema regulatório básico. Uma das primeiras tarefas dos pais ou do cuidador é aprender a conhecer e antever os estados de consciência. O estado de interação é o estado de alerta.

Winnicott afirma que uma mãe suficientemente boa é aquela que auxilia o recém-nascido a organizar seus estados de consciência. E há indícios de que o controle desses estados pelo recém-nascido é um indicador do seu desempenho social e cognitivo aos 18 meses (Lester et al, 1984).

É importante considerar as diferenças individuais para a primeira relação entre pais e filhos. Felizmente, a energia psicológica acumulada durante a gravidez potencializa a capacidade materna de entender um bebê e de interagir com ele. Quanto mais os pais e as mães são levados a valer-se dessa poderosa energia psicológica para reconhecer as reações e os pontos fortes característicos de seus bebês, tanto mais forte é a primeira relação que se estabelece entre eles.

Interações e desenvolvimento do cérebro

O estudo da natureza primordial das primeiras relações pais-bebê está hoje na base de outra vertente de descobertas das ciências – as contribuições das neurociências sobre as formas de desenvolvimento do cérebro. De um lado, foram anunciadas as descobertas-chave da pesquisa cerebral recente e a importância desse desenvolvimento nos três primeiros anos de vida. Por outro lado, as pesquisas revelam que o sentimento do que acontece alavanca o crescimento do cérebro.

A Doutora Iole da Cunha (2000; grifos da autora), pediatra gaúcha, explica, a seguir, detalhadamente como isto acontece:

“Se o DNA humano carrega a memória genética do futuro ser, determinando-lhe a forma física, seu formato psíquico vai depender dos estímulos, adequados ou não, a que o bebê vai ser submetido desde a vida intra-uterina. O que se sabe hoje, e isto é novidade, é que neste material genético, que aparece desde a concepção, já tem uma determinação muito importante: é que o cérebro do

bebê só será capaz de se organizar de modo a gerar uma mente humana se os estímulos corresponderem ao que se chama de FMI (formação motivacional intrínseca), que sugere que o cérebro do bebê necessita, pelo menos a partir do nascimento (sobre o antes ainda não há trabalhos, só teorias), desenvolver-se na comunicação com outro ser humano (cuidador), que o humanizará. *Self-non-self, comunicação empática e intersubjetiva que permitirá que ele se sinta seguro, ou homeostático. Na situação de homeostasia a sensação é de um estado físico e psicológico isento de tensões que vai permitir a reorganização das redes neuronais (fixação das sinapses) e registro de memórias que formarão as representações que depois formarão os pensamentos e os comportamentos.*”

Este bebê é um bebê humano e, como recém-nascido, é dos mais desamparados da espécie animal porque, sem um cuidador, não sobreviverá fisicamente e, sem um cuidador adequado, que o humanize, não sobreviverá emocionalmente.

No colo da mãe, este desamparado está tendo sua primeira experiência epigenética pós-natal. Enquanto no ventre de sua mãe, o feto desenvolveu em seu cérebro redes neuronais que hoje se conhece bem e que se chama de sistema límbico. É este sistema que determina a extrema sensorialidade fetal e que é responsável pelas sensações fetais de prazer ou dor. Este estímulo (estar no colo do cuidador) gera uma enorme quantidade de neurônios (axiogênese) que nada mais é do que uma proliferação celular.

Cresceu muito, apareceram muitas células neuronais e logo há uma desorganização dos mapas neurais antes constituídos. Com a experiência interativa, novos mapas neurais se formam e deve ocorrer uma reorganização neuronal, mas agora esta reorganização ocorre comandada pelo sentimento do que acontece na relação, ou seja, o modo como o bebê sentiu ou res-

pondeu ao estímulo interativo, que é sua relação com o cuidador. Este sentimento gera a reorganização de mapas neurais e a sinaptogênese, ou seja, “a comunicação entre as células nervosas” que tem entre elas a capacidade de produzir substâncias químicas, os neurotransmissores, que serão responsáveis pelas emoções, logo pelas imagens neuronais e logo pelo pensamento e logo pelas ações. Então, as memórias, de segurança ou não, se fixam neste cérebro físico e químico, para formar o cérebro psíquico.

Quando a experiência interativa é adequada e fornece segurança ao recém-nascido, este vai desenvolver a homeostasia adequada para a fixação das redes neuronais também adequadas e o desenvolvimento da próxima etapa do sistema nervoso na segunda janela de amadurecimento ou período crítico vai ocorrer sem problemas. Mas se a experiência interativa não for adequada e este bebê não se sentir em segurança, alguns neurônios morrem e esta primeira etapa fica prejudicada nos seus arranjos de mapas neurais. Aí então ocorrem os problemas no futuro que Trevarthen chama de distúrbios de motivação, porque alguns trabalhos mostram (mapeamento cerebral) que a parte do cérebro lesada é o sistema límbico (da vida intrauterina) ou a córtex órbito frontal que se desenvolve no período pós-natal imediato. Estas duas áreas são a sede do chamado cérebro motivacional. Na classificação atual de neurociência, o sistema nervoso central é classificado em três sistemas funcionais: motor, sensorial e motivacional.

Assim, o pré-termo que não tem o seu primeiro estímulo adequado quando é separado de sua mãe e submetido aos estímulos dolorosos na UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) e o bebê que convive com uma mãe deprimida e se torna deprimido, com baixa de neurotransmissores, por não suportar o abandono de não fazer uma interação empática e intersubjetiva com a mãe, “entra na depressão” e consegue sua homeostasia. “Nestes dois exemplos, os mapas neurais desses bebês serão diferentes”.

A rede cerebral depende decisivamente dos estímulos ambientais

Em *Repensando o Cérebro*, Rima Shore (2000) demonstra que fatos recentes, descobertos por neurobiologistas e psicólogos nos últimos dez anos, evidenciam a importância dos três primeiros anos de vida. Alguns deles são:

- Existe um desenvolvimento rápido de sinapses nos primeiros anos; um simples neurônio pode conectar-se com outras 15.000 células; 90% das conexões que vamos ter ao longo da vida se formam nos três primeiros anos de vida.

- O cérebro de uma criança de três anos é duas vezes mais ativo do que o de um adulto: já formou cerca de um quatrilhão de conexões. Na segunda década da vida, há uma “poda” nessas conexões. Ficam e se fortalecem as conexões que foram repetidamente usadas nos primeiros anos e que têm um impacto decisivo na arquitetura do cérebro.

- O cérebro sem estímulos pode ser de 20 a 30% menor que o normal; até os três anos, o cérebro representa cerca de 13% do total do peso da criança, sendo que no adulto o cérebro representa 2% do seu peso total.

- Muitos cientistas acreditam que na primeira infância há um determinado número de períodos críticos, ou janelas de oportunidades, quando o cérebro demanda um certo tipo de estímulo para criar ou estabilizar algumas estruturas duradouras.

- A eficácia da intervenção desde o início da vida tem sido demonstrada. É um impacto em longo prazo. Responder às necessidades dos bebês no momento em que eles as manifestam cria uma relação favorável à estruturação das suas funções cerebrais.

O profissional da primeira infância

Enquanto os níveis decisores se mobilizam ou não para cuidar ou não da primeira

infância em nosso país, algumas questões decorrentes do avanço das ciências nestas três últimas décadas evidenciam que tratar do atendimento de crianças até 3 anos com a qualidade técnica requerida é um bom caminho para melhorar nossas condições de vida no sentido de uma sociedade mais equilibrada e solidária, no sentido antiviolença.

Cada país tem determinado formas de atendimento a esta faixa etária, optando por configurações diferentes, por associações de formas coletivas, individuais ou familiares. Assim, por exemplo, a sociedade francesa opta mais por formas coletivas – creches convencionais, domiciliares, *halte-garderies*, centros comunitários de recreação etc. – e na sociedade americana, embora se tenha um número grande de creches, no primeiro ano de vida a preferência é ainda por um atendimento na família.

No Brasil, embora seja crescente o número de famílias que buscam a creche, não temos muita opção. O seu número é insuficiente para atender à demanda (11% são atendidos) e o movimento de expansão da oferta pública é de cima para baixo, ou seja, aumenta a cada ano para crianças de 4 a 6 anos. Reserva-se o aumento da oferta para as crianças de até três anos para quando houver recursos financeiros.

Além disso, no nosso país há um descompasso entre profissionais das áreas de saúde e educação no atendimento à criança pequena. Dados do IBGE-2000, compilados por Vital Didonet, revelam que 90% das nossas crianças são atendidas, no período do nascimento, pelo pessoal de saúde. Esse percentual vai diminuindo conforme a criança avança em idade. Já na área de educação acontece o contrário. Só aos 3 anos de idade é que cerca de 11% das crianças estarão sendo atendidas em creches e esse percentual vai crescendo conforme aumenta a idade da criança. Portanto, só por volta dos 5 a 6 anos é que pessoal da área de saúde e de educação se equilibram no atendimento às crianças. Perderam-se aí,

em forma de trabalho conjunto, os anos básicos para a formação da estrutura psíquica da criança para a qual os dois profissionais, além de outros, são fundamentais.

As alianças preventivas ou terapêuticas devem começar desde a concepção. Precisamos de alianças entre os cuidadores e de cuidadores com formação e atuação interdisciplinar em todo o trajeto que a criança até 3 anos percorre. A nossa proposta é que os aliados do desenvolvimento da criança até 3 anos se encontrem cada vez mais próximos do ponto 0 (zero), entendendo-se o ponto 0 (zero) como o da concepção e não o do nascimento da criança. O trabalho conjunto pode iniciar-se na prevenção, na educação para a parentalidade a ser desenvolvida entre os jovens nas escolas, nas associações religiosas, nos movimentos comunitários, nos hospitais, na mídia.

O educador pré e perinatal

No México, existe o educador perinatal, que desempenha, entre outras, a tarefa de educar para uma maternidade e paternidade responsáveis. O educador perinatal, que trabalha com os pais desde o período da gravidez até os primeiros meses de vida da criança, é uma pessoa de apoio que intencionalmente participa da formação de novas famílias com orientação física e psicológica. No fundo, ele também é um profissional da saúde mental das famílias.

Em Milão, na Itália, a Associação Nacional de Educação Pré-Natal (ANEP-Itália) fundou, em 2000, a Escola Internacional de Educação Pré-natal, com currículo de três anos, visando à formação de tutores pré-natais para acompanhar a gestante durante sua gravidez, no parto e no pós-parto. Essa associação é vinculada à Organização Mundial de Associações de Educadores Pré-Natais (OMAEP).

Até onde conhecemos, tanto na Itália como no México, a figura do educador perinatal e pré-natal é de apoio, alguém que cuida da mãe e do bebê desde a gestação,

começando do começo, da inserção deste bebê na sua família. O seu trabalho é complementar ao da equipe de saúde.

O “tutor pré-natal”, como ele também é chamado na ANEP-Itália, é um cuidador que, mediante um olhar amoroso e uma escuta atenta, procura orientar questões de saúde, nutrição, diminuição de estresses materno e paterno. Atua na gestação, acompanha o parto, sempre que possível, e apóia e orienta no pós-parto quanto aos cuidados com a mãe e o bebê. Seu trabalho mais intenso é relativo ao estabelecimento de relações harmoniosas com o feto e ao preparo psicológico para o momento do parto e as primeiras interações com o bebê. Esta parceria neste momento novo da parentalidade auxilia também o bebê a se desenvolver num útero “menos estressado”, “menos ansioso”.

Um acompanhamento da gravidez mais abrangente que um pré-natal físico torna-se realmente cada vez mais necessário. Uma escuta atenta pode, no mínimo, permitir que gestantes com necessidades detectadas como especiais sejam atendidas. Pode-se aferir a importância, em um país como o Brasil, de oferecer à mãe, ao lado do pré-natal físico, um acompanhamento psicológico e educacional quando observamos dados do Ministério da Saúde, segundo os quais de cerca de 3 milhões de nascimentos por ano, 90% são realizados em meio hospitalar e, apesar de 85% das gestantes terem feito algumas consultas pré-natais, a mulher brasileira tem 20 vezes mais chance de morrer no parto ou de complicações na gravidez, no parto ou no pós-parto do que a mulher americana por exemplo. Em que de 10 a 25% das crianças que nascem são filhos de adolescentes; em que 8 a 10% dos bebês nascem com baixo peso, apresentando 18 vezes mais chance de morrer até completarem um ano, sendo que 60% destas morrem no primeiro mês.

Escutando o modo como a grávida se expressa, pode-se interferir se ela precisa de atendimento individualizado para elaborar

com ela as expectativas que estão projetando sobre o bebê, auxiliando-a a reduzir o estresse para que se sinta psicologicamente mais competente para a maternação e possa estabelecer uma relação emocional positiva com o bebê.

Alguns proporcionam ao feto atividades diárias intencionais de estimulação aos seus sistemas sensoriais, como é feito na chamada *Universidade do Feto* nos Estados Unidos. Outros, como o holandês Franz Veldman, trabalham com uma técnica denominada *haptonomia*, que visa a comunicação entre mães e bebês através de toques intencionalmente feitos com amor. Para o aprendizado desta técnica, ele organiza um curso de formação de quatro anos. Outros ainda trabalham com musicoterapia pré-natal e há os que demonstram que só em pensar amorosamente no bebê ele já reage positivamente. Isto foi constatado pela alteração da frequência cardíaca (análises preliminares de pesquisa Marie Claire Busnel 1997).

Nos últimos dez anos, a televisão europeia vem organizando debates sobre o início da vida. Uma série de reportagens intituladas “O Bebê é Uma Pessoa” praticamente inaugurou essa fase de discussões pela mídia. Em 1999 e 2000, as discussões giraram em torno da educação pré-natal. Em que consiste? Ela deve acontecer? Quais seus efeitos?

Nós apoiamos a Educação Pré e Perinatal se na fase da gestação ela se referir a um apoio à formação de novas famílias e ao seu crescimento e não a um treinamento de bebês. Portanto, como o mundo da fase inicial da vida é feito de relações, de interações, de interlocuções, somos a favor de um educador pré e perinatal que trabalhe com educação dos pais, sob todas as formas possíveis, no sentido de uma atenção contextualizada, individualizada. Um educador pré e perinatal que acompanhe a mãe ou os pais no período pré-parto e no momento do parto e que lhes dê apoio no pós-parto. Um educador que esteja informado dos sinais da depressão pós-parto, auxiliando

na sua prevenção e no apoio ao seu tratamento. E que, na relação quase indivisível mãe-bebê, auxilie no fortalecimento da individualização do bebê, na adaptação da mãe e do pai ao bebê real, colaborando para o estabelecimento de uma relação positiva, um vínculo seguro, capaz de possibilitar à criança o desenvolvimento do seu cérebro por caminhos neurais previsíveis.

O trabalho do educador perinatal inclui atividades em parcerias com outros profissionais que atendem a díade mãe-bebê ou a tríade pai-mãe-bebê e que devem incluir:

- Criação de situações que permitam ao bebê descobrir, desde os primeiros dias, as suas competências perceptivas e “mostrá-las” aos pais e parceiros, assim como situações que permitam aos pais e irmãos descobrirem e vivenciarem as competências do bebê.

- Criação de situações que permitam aos pais e bebês descobrirem suas capacidades para responderem e se ajustarem uns aos outros, segundo seu ritmo próprio e o ritmo do outro.

- Organização de atividades de apoio aos pais para ajudar os bebês a organizarem seus ritmos.

- Organização do acompanhamento do desenvolvimento do bebê ao longo dos primeiros meses.

As informações que este educador precisa receber na sua formação devem girar sobretudo em torno do aspecto relacional. A esse respeito, a emergente Psiquiatria Perinatal, desenvolvida na Europa a partir de 1990, já tem contribuições relevantes sobre as relações mães-pais-bebês e a sua psicopatologia. Há que se observar que, se, em Medicina, o atendimento pré e perinatal vai até a primeira semana de vida ou até o primeiro mês do bebê (perinatal tardia), em Psiquiatria Perinatal se estende pelo menos até os 18 meses do bebê.

O trabalho do educador pré e perinatal é sempre desenvolvido em alianças preventivas ou terapêuticas e alguns aspectos devem ser considerados:

- O educador também precisa de um suporte emocional, visto que quem trabalha com relações trabalha com empatia e precisa entender sua própria história do período inicial da vida.

- O educador precisa aprender a trabalhar em equipe, considerando os conflitos como elementos naturais e enriquecedores de um trabalho numa área de abordagem consiliente, transdisciplinar.

- As informações do dia-a-dia precisam ser analisadas e questionadas tendo por base as pesquisas sobre psiquismo especial da gestação e o desenvolvimento da criança, desde a fase intra-uterina, e a natureza das primeiras relações, a formação do vínculo.

No Brasil, a *Pastoral da Criança* contribui enormemente para a educação pré e perinatal mediante suas atividades de acompanhamento da gestação e educação essencial, onde o desenvolvimento da criança é contemplado num contexto de relações entre as oportunidades oferecidas pelo meio (indicadores de acesso) e as peculiaridades de cada criança (indicadores de conquista). Líderes comunitários oferecem este apoio a aproximadamente um milhão de famílias, acompanhando a gestante e, mais tarde, o bebê sobretudo no primeiro mês de vida. Agentes comunitários de saúde do governo também são estimulados a prestar esta assistência; programas como o *Saúde da Família* têm um campo propício para que o trabalho de educação pré e perinatal e de acompanhamento do desenvolvimento da criança se instale.

É preciso que se invista mais na formação destes “trabalhadores sociais”, e das famílias, para que aprendam a facilitar o aparecimento das competências interativas da criança que, devidamente desenvolvidas, favorecerão o desenvolvimento das funções mentais superiores. Essas competências são, de acordo com Hubert Montagner, a atenção visual sustentada (o olho no olho); o ímpeto para a interação; o apoio aos comportamentos afiliativos, ou

seja, os que “chamam” o outro para a interação; os gestos organizados e estruturados no sentido da interação com o ambiente e com as pessoas e a imitação. O cuidador informado e atento vai poder auxiliar os pais a facilitarem o surgimento e a observarem o desenvolvimento dessas competências interativas.

O educador na creche

No que se refere ao atendimento da criança até três anos em ambiente coletivo, fora do meio familiar, uma organização é necessária também no sentido de possibilitar à criança o desenvolvimento dessas competências interativas e a conquista gradual de sua autonomia de ação e de pensamento.

A creche, em particular, deve organizar-se sustentada num tripé básico: as condições para o desenvolvimento das competências interativas do bebê (seu mundo de relações); os ritmos individuais vigília-sono e a organização do ambiente na estrutura do atendimento. Tudo gira em torno da interação individualização, cada situação exigindo uma decisão particularizada para que possa ser uma “escolha certa” – certa para o bebê e para os seus pais.

Atividades importantes para a criação de vínculos seguros nas creches são as atividades de acolhimento ou recepção não só para as crianças, mas também para os pais, são atividades de transição do domicílio da criança para um ambiente coletivo. Hubert Montagner preconiza que se tenha em cada creche uma sala de acolhimento para os pais, próxima à das crianças, que deve ser cuidadosamente organizada, com propostas de atividades individuais e em pequenos grupos, de forma que dê prazer para a criança estar ali. Assim, risos, gritos de alegria, conversas nas brincadeiras serão ouvidos pelos pais e isto os tranquilizará.

As formas de organização dos grupos (agrupamento vertical ou horizontal), a organização do ambiente físico, de maneira

a ocupar até tridimensionalmente o espaço, os diferentes tipos de brinquedos e materiais, a organização temporal, respeitando-se os ritmos sono-vigília, as atividades diárias de alimentação, higiene também devem ser planejadas sob o fio condutor das interações e interlocuções e, ao mesmo tempo, da atenção em personalizar as interações, as atividades, os ritmos, os modos de ocupação do espaço, as refeições, os sons, mediante a compreensão e a percepção que os educadores têm de cada criança e de cada família.

Enfim, cuidados físicos, alimentação, higiene, banho, acolhimento das crianças, brincadeiras, atividades em geral numa creche visam criar condições para que a própria criança e seus cuidadores descubram que ela é um ser-sujeito, autônomo, interativo, flexível e capaz de agir sobre seu ambiente.

Abordagem multidisciplinar e alianças preventivas

Se os dados obtidos quanto ao desenvolvimento da criança são encorajadores, eles permanecem ainda fragmentários e largamente insuficientes para compreender a complexidade da infância, para prevenir as dificuldades do desenvolvimento e para criar as condições apropriadas que revelam ou recuperam as capacidades de uma criança. “Por que somos tão impotentes perante crianças que se dobram e se fecham sobre si mesmas, ou que, qualificadas de hiperativas, parecem viver num turbilhão de ações, ou ainda... que dizer das crianças cuja instabilidade da atenção, da escuta e das condutas leva os adultos a ignorá-las ou a afastá-las do grupo humano de que fazem parte?” (Montagner, 1993).

Além dos esforços individuais e de equipes de pesquisadores, de formadores de recursos humanos, de clínicos, de psicólogos, de educadores, é preciso ainda alguns avanços para que a primeira infância seja atendida devidamente. Entre eles:

• *É necessária maior aproximação interdisciplinar, maior vivência de alianças preventivas e terapêuticas nessa área.* As interações e colaborações deveriam ser desenvolvidas ainda com mais eficácia entre os diferentes profissionais da medicina, de psicologia, do serviço social e da educação, que poderiam compartilhar as informações recolhidas separadamente quer sobre a criança, quer sobre a família, apreendendo melhor o conjunto dos fatores pré e pós-natais que podem ser correlacionados com esta ou aquela particularidade da criança e da mãe e organizar, se necessário, uma aliança terapêutica. Isto seria também uma fonte de geração de novos conhecimentos. Falta-nos estudos multidisciplinares sobre o desenvolvimento da criança e suas disfunções.

• *É necessário o desenvolvimento de formações pluridisciplinares para o conjunto dos profissionais da primeira infância.* A complexidade da fase e a evolução rápida dos conhecimentos estão suscitando a criação de cursos novos, com abordagem consiliente sobre o desenvolvimento da criança no período inicial da vida. Como estratégia na capacitação de profissionais multidisciplinares para a primeira infância, urge formar o obstetra e o pediatra numa visão integral da gestante, da criança e da família. Na estrutura brasileira de atendimento, eles são os profissionais a quem primeiramente a família recorre. Portanto, são eles que podem incentivar o trabalho em forma de alianças, de parcerias. São eles que, devidamente preparados, poderão perceber nos sintomas apresentados pela gestante e pela criança a repercussão ou não de fatores psíquicos, de distorções relacionais. São eles que poderão tratar e prevenir doenças ou referenciar seus pacientes a outros profissionais para complementar o seu trabalho.

As futuras mães, as mães inexperientes, e as famílias precisam de locais para escuta, discussão entre si e receber informações

com equipes multidisciplinares. Iniciativas como *Escola de Pais; Pronto Socorro Emocional Neonatal; Disque-Gestante; Disque-Bebê; Centros Comunitários de Recreação* precisam ser mais incentivadas.

Os serviços de saúde, educação e atendimento social para gestantes, bebês e crianças até 3 anos precisam reorganizar-se no sentido de atender às necessidades de desenvolvimento da criança de acordo com as descobertas relacionadas à importância das primeiras interações, desenvolvimento do cérebro e estruturas psicossociais da criança.

Enfim, o desafio é imenso. Trata-se de oferecer um atendimento baseado na gênese das condutas humanas, nas influências de cuidados amorosos e interações, harmoniosas desde a concepção de uma criança. Aqui, a competência técnica requer o amor. E como falar em amor com o cuidador quando ele não tem outras necessidades básicas supridas?

Felizmente, há a esperança que o bebê desperta em cada um de nós de que com ele nós aprendamos a linguagem da comunicação pelo olhar, que expressa nossos sentimentos; a linguagem do corpo que nos proporciona os toques, carícias, os abraços e a mensagem de que dependemos uns dos outros para sobreviver emocionalmente e para viver como cidadãos.

Referências

- BRAZELTON, T. Berry. *As Primeiras Relações*. Trad. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo, Martins Fontes, 1992.
- BRAZELTON, T. Berry. *Momentos Decisivos do Desenvolvimento Infantil*. Trad. Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- BUSNEL, Marie-Claire. *A Linguagem dos Bebês*. Trad. De Mônica Seincman. São Paulo: Escuta, 1997.
- COHEN-SOLAL, Julien, et GOLSE, Bernard. *Au Début de la vie psychique*. Paris: Editions Odile Jacob, 1999.