



Relações de cuidado em situação de vulnerabilidade social: uma experiência clínico-institucional na primeira infância

Beatriz Sernache de Castro Neves

Faculdade Ari de Sá, Curso de Psicologia, Fortaleza, Ceará, Brasil.

<https://orcid.org/-0003-3744-0723>

Érika Teles Dauer

Centro Universitário Estácio do Ceará, Curso de Psicologia, Fortaleza, Ceará, Brasil.

<https://orcid.org/-0000-0002-0439-7872>

Karla Patrícia Holanda Martins

Universidade Federal do Ceará, Departamento de Psicologia, Fortaleza, Ceará, Brasil.

<https://orcid.org/-0000-0003-3242-6287>

Introdução

O presente trabalho é resultado da articulação de duas teses de doutorado que utilizaram o Instituto da Primeira Infância (IPREDE) como campo de pesquisa. Situada na cidade de Fortaleza/CE, a referida instituição tem como principal foco de suas atividades a infância em situação de pobreza e seu desenvolvimento global. As duas pesquisas foram qualitativas com uso de vinhetas clínicas. Com efeito, o IPREDE, ao propor intervenções que promovam o desenvolvimento infantil e quebrem o ciclo de geração de pobreza das famílias, estende suas ações aos cuidadores que acompanham as crianças à instituição: em sua maioria, são mães.

O IPREDE é uma organização não governamental (ONG) atravessada pelo que vem sendo debatido em torno das questões da primeira infância nos últimos anos. Inicialmente, voltada para a problemática da nutrição infantil, em específico o combate à desnutrição, a instituição vem ampliando seu horizonte de atuação, incluindo questões relativas ao desenvolvimento infantil e suas formas de vulnerabilidades psíquica e social. A exemplo da desnutrição, que precisa ser considerada nos seus aspectos orgânico-nutricional e psíquico, posto que está relacionada à privação do alimento, a uma forma de humilhação e a ataques traumáticos à dignidade humana (MARTINS et al., 2018).

A instituição se manteve atualizada em relação aos estudos e políticas voltadas para a infância. De fato, na última década, houve crescimento, tanto nos planos regionais quanto nacionais, políticas e debates científicos dirigidos para esta importante etapa da vida. Essas práticas são impulsionadas, em grande parte, por avanços científicos que mostram a importância dos vínculos afetivos nessa faixa etária. Os estudos e descobertas em torno dos conceitos de neuroplasticidade e epigenética costuram pontes possíveis para refletirmos e pensarmos a relação entre a criança e seu ambiente. Portanto, não se trata mais de afirmar como o meio impacta o desenvolvimento humano, mas como também o constitui (BRAZELTON; CRAMER, 1991; GERHARDT, 2017; HALPERN, 2004; JERUSALINSKY, 2000).

Os cuidados direcionados à criança sofrem modificações de acordo com novos paradigmas que surgem, no caso, ao que na contemporaneidade é considerado como importante para a promoção do desenvolvimento infantil. Como exemplo, tem-se a relevância de aspectos afetivos, evidenciados pelo brincar, a importância da escolaridade, dentre outros. Em razão dessa nova perspectiva, deu-se maior foco em projetos que contemplem os primeiros momentos da vida da criança, os quais invariavelmente incluem a mãe ou o cuidador principal. Para além da criança, as intervenções envolvem os cuidadores, ampliando essas propostas para a relação entre a criança e seu agente de cuidados. A psicanálise, a psicologia do desenvolvimento e, mais recentemente, a neuropsicologia ajudaram a construir a legitimação dos discursos que sustentaram a importância das relações iniciais com o outro materno como fundadores da estruturação do sujeito psíquico. Consequentemente, o ambiente, as relações intersubjetivas e os cuidados passaram a ser considerados como fundamentais na constituição subjetiva da criança (NEVES, 2021).

Essa mudança de foco atravessa estudos que promovem discursos e sustentam distintas intervenções com efeitos diretos e indiretos no âmbito familiar. Mesmo que as recomendações feitas às famílias em torno dos cuidados dispensados à criança sejam iguais, as condições de operar esses cuidados serão impactadas ainda pelo contexto social onde o núcleo familiar está inserido. Nesse sentido, entender como se dão os cuidados parentais em famílias que atravessam inúmeras dificuldades inerentes à sua condição socioeconômica se torna fundamental para pensar como essas intervenções chegam e quais são seus efeitos. Dessa forma, buscou-se discutir como essas novas perspectivas de cuidado alcançam as famílias em situação de pobreza e vulnerabilidade social.

Com o objetivo de pensar o atendimento a populações que compartilham de contextos atravessados pela pobreza e vulnerabilidade psicossociais, considera-se que, para ir ao encontro das verdadeiras necessidades do paciente, suas estratégias deverão contemplar a posição subjetiva e as condições de vida de cada indivíduo, com vistas a considerar a complexa rede de condições e determinantes que atravessam suas realidades de vida. Nesse seguimento, as reflexões deste trabalho buscam sustentar um trabalho clínico-institucional capaz de instaurar dispositivos que ampliem a promoção das possibilidades de cuidado, “[...] estabelecendo, principalmente, condições no campo da atenção primária para uma intervenção a tempo de agenciar novas modalidades de subjetivação” (MARTINS; VILHENA, 2014, p. 51).

Desde o ano de 2013, período que coincide com o nosso ingresso no mestrado acadêmico, desenvolvemos pesquisas no campo da saúde materno-infantil, evidenciando o desenvolvimento na primeira infância, a experiência da maternidade e os limites e possibilidades do atendimento clínico-institucional (DAUER, 2015; DAUER; MARTINS, 2015; MARTINS et al., 2018; NEVES, 2015; NEVES, 2021). Nesse momento, tomando como ponto de partida uma vinheta clínica inédita, intentamos avançar no debate em torno de uma clínica no âmbito institucional diante das dificuldades maternas vividas em contextos atravessados pela pobreza e vulnerabilidades psicossociais, principalmente quando a conduta da mãe se distancia dos encaminhamentos esperados pela equipe técnica-profissional.

Pobreza e vulnerabilidade psicossocial

Em um contexto circunscrito pelas preocupações em torno da primeira infância, o IPREDE também compreende as questões sociais que atravessam as realidades de vida das famílias atendidas. Quando consideradas as variáveis sociodemográficas e socioeconômicas da população assistida (FERRAZ, 2018; GOMES, 2018; MENESCAL, 2018; ROLIM, 2018), observa-se o cenário característico da situação de pobreza extrema, que representa uma agressão contra o ser humano e sua qualidade de vida. Por exemplo, a carência de serviços de saneamento básico (água, esgoto, coleta de lixo), o desemprego, a desproteção, a falta de assistência à saúde, educação, lazer etc., bem como as demais situações que impedem o indivíduo de obter os meios necessários à sua sobrevivência.

Podem ser acrescentadas a essas realidades experiências como fome, racismo, violências familiar, doméstica e policial, abusos, abandono, consumo excessivo de álcool e drogas, dentre outras (MARTINS et al., 2011). Por implicar em múltiplas privações nos vários âmbitos da vida e estar relacionada à vivência de muitas formas de violências, desigualdades e discriminações, a situação de pobreza desprotege socialmente grande parte da população. Ao configurar-se como uma ameaça permanente à existência pessoal e exigir um incessante movimento de elaboração das adversidades vividas, esse cenário poderá resultar em desequilíbrios e rupturas na provisão dos cuidados adaptativos à criança (CIDADE; MOURA JR.; XIMENES, 2012; FIGUEIREDO, 2012; MOURA JR. et al., 2014).

Rosa (2016) analisa as consequências da pobreza extrema e da exclusão social nos sujeitos atravessados pelo modelo econômico neoliberal. Baseada na sua experiência clínica com pessoas em situação de vulnerabilidade social, ela constata a apatia, a solidão, o emudecimento, a reprodução subjetiva da violência, a pobreza afetiva e intelectual como obstáculos às possibilidades de elaboração simbólica que daria formato sintomático ao que é vivenciado como traumático. No cenário de nossas pesquisas (DAUER, 2021; MARTINS et al., 2018; NEVES, 2021), observamos nas famílias expressões subjetivas semelhantes às que a autora propõe.

As mães, inúmeras vezes, mostram-se apáticas, o que, em alguns casos, é nomeado como depressão, quando elas conseguem chegar aos serviços de saúde. A falta de apoio para criarem seus filhos é vista e relatada, assim como o são o emudecimento e o silenciamento nas situações que as atravessam. Isso se mostra inclusive nos primeiros contatos, que, muitas vezes, são entendidos como falta de demanda para o atendimento clínico. O olhar de desconfiança que elas nos lançam nos fala da sua relação com o laço social (DAUER; MARTINS, 2015; MARTINS et al., 2018).

Para Rosa, Estevão e Braga (2017), a escuta psicanalítica dos sujeitos que se encontram em situação de exclusão social deve levar em consideração os efeitos dos discursos sociais e o modo como podem operar nas relações de poder sobre eles. Nesses contextos, Rosa (2002) destaca que a escuta psicanalítica pode romper com o pacto social de silenciamento.

As propostas desenvolvidas pelo IPREDE consideram questões referentes à relação mãe-bebê, corroborando com a compreensão de que não é possível alcançar resultados satisfatórios quando as ações não envolvem todo o núcleo familiar. Nessa perspectiva, a instituição atua na área da assistência psicossocial de famílias que vivem em situação de vulnerabilidade e pobreza a partir de dois percursos principais: (1) da criança, na intenção de promover a nutrição e o desenvolvimento na primeira infância; e (2) da mulher¹, na tentativa de possibilitar um conjunto de novas experiências capazes de romper o ciclo de desmotivação e a sensação de impotência oriundas da exclusão e da pobreza, somadas à possibilidade de ressignificação de sua própria história pessoal (IPREDE, 2010).

Dessa forma, a instituição, assim como outras políticas públicas que se voltaram para esse público nos últimos anos, passou a evidenciar o lugar do cuidador, frequentemente a mãe, como parte fundamental do processo de cuidado, passando a incluí-las em suas estratégias e programas. No entanto, faz-se importante incluir também o ambiente da criança no sentido mais amplo, de modo a não cair no risco de culpabilizar a mãe pelas possíveis dificuldades que o filho possa vir a apresentar.

Os estudos sobre a relação entre a mãe e o bebê foram fundamentais para compreendermos a constituição subjetiva, ainda que atualmente seja impossível pensar essa relação sem considerar as problemáticas de gênero, racialidade, vulnerabilidade social e cultura (IACONELLI, 2020). Questões como o processo de escolha da maternidade (relacionada a quando ela acontece e a quantidade de vezes que acontece), condições materiais para a criação dos filhos, importância do amparo social, sentimento de solidão e medo e preocupações envolvidas nesse processo são indispensáveis à compreensão da maternidade em situação de pobreza. Todas essas vivências estão relacionadas com a disponibilidade que as mulheres possuem para cuidar de seus filhos. Muitas vezes, as preocupações com o marido usuário de drogas, com o bem-estar dos demais filhos e com os recursos financeiros disponíveis disputam com o investimento que os cuidados com o bebê exigem. Considerar esse aspecto é fator impeditivo de que essas mães sejam avaliadas como insuficientes ou inadequadas (NEVES, 2021).

1 Entre as ações desenvolvidas, destacam-se o projeto Mãe Colaboradora, que promove atividades de formação socioeducativa com vistas a proporcionar habilidades e competências para o mundo do trabalho; a realização do Grupo Conviver, que oferece um espaço de fala e escuta privilegiada; e a Unidade Profissionalizante da Mulher Lídia de Almeida Bezerra, inaugurada no ano de 2009, investindo na formação pessoal e profissional das mães ao oferecer cursos de capacitação com módulos em cidadania e trabalho e com módulos técnicos ocupacionais, com o objetivo de fomentar a inclusão produtiva das mulheres (Iprede, 2010).

Cuidado e intervenção na primeira infância

O setor onde se desenvolveram ambas as pesquisas foi o de detecção e intervenção precoce, estabelecido na instituição desde 2012. Com fundamentação teórica e clínica na psicanálise, o setor utiliza o instrumento IRDI – Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil, que permite identificar sinais de risco para os processos de constituição psíquica do bebê até a idade de 18 meses². A implementação do serviço de intervenção visou constituir um espaço de escuta clínica orientada pelos pressupostos teórico-metodológicos psicanalíticos, considerando as questões referentes à relação mãe-bebê e contemplando ações de intervenções no vínculo. Desse modo, as iniciativas da instituição ofereceram às mães outro estatuto nas intervenções, passando de meras acompanhantes e informantes para sujeitos de fundamental importância no tratamento e no cuidado da criança.

O funcionamento do setor foi pensado da seguinte maneira: todas as crianças que chegavam à instituição até os 18 meses passavam pela aplicação do IRDI. Essa aplicação era realizada por psicólogos ou estagiários de psicologia (individualmente ou em dupla). Uma vez detectado o risco, a criança era encaminhada junto à mãe ou responsável para o atendimento clínico psicanalítico³.

Durante o período que compreende o final do ano de 2012 até meados de 2016, a equipe de trabalho – composta por profissionais da instituição, voluntários, professores e alunos dos Programas de Graduação e Pós-Graduação dos departamentos de Medicina e Psicologia da Universidade de Fortaleza e Universidade Federal do Ceará – contou com acompanhamento e formações oferecidas através de treinamentos, seminários e supervisões. Durante os encontros, era possível discorrer sobre as questões internas do serviço, dificuldades encontradas e sugestões. O trabalho em torno do instrumento IRDI possibilitou a nossa aproximação com as questões relacionadas à constituição psíquica, ao desenvolvimento da criança e à posição subjetiva materna.

Nas supervisões e discussões dos casos acompanhados pelo setor de intervenção precoce, a dificuldade em realizá-los era compartilhada pelos profissionais quando o discurso materno ultrapassava os aspectos da relação materno-infantil. Durante as sessões, as mães não se restringiam à problemática alimentar do filho, embora a instituição tenha surgido em um contexto onde se fazia indispensável à assistência às famílias com casos de desnutrição infantil, falando livremente sobre diversos assuntos: conflitos com o companheiro, demais filhos, parentes e vizinhos, experiências de abuso e violências sociais, consumo de álcool e drogas, envolvimento em facções criminosas etc. Na ocasião, relacionamos essa ocorrência à vontade de possuírem um espaço próprio de fala, pois, apesar da instituição desenvolver uma prática que privilegie o

2 O IRDI é um instrumento composto por 31 indicadores clínicos de risco psíquico ou de problemas de desenvolvimento infantil observáveis ou dedutíveis nos primeiros 18 meses de vida da criança. Tais indicadores foram formulados para serem utilizados por pediatras e demais profissionais da saúde da atenção básica em consultas regulares, com a intenção de detectar precocemente sinais de risco que podem estar relacionados à ocorrência subsequente de transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil. O instrumento é resultado de uma pesquisa clínica realizada por um grupo de psicanalistas e pesquisadores universitários brasileiros e contou com o incentivo do Ministério da Saúde e da Fapesp – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Kupfer; Voltolini, 2008; Kupfer et al., 2009).

3 Todas as intervenções aconteciam na presença de uma figura feminina (mãe, avó, irmã mais velha etc.). Houve sessões em que esteve presente mais de um membro familiar, porém são escassos os registros da participação do pai. Em especial, cita-se o caso desenvolvido na dissertação de mestrado de uma das autoras desse artigo que, em decorrência da mãe estar no final de uma gestação, foi enfatizada a importância do pai participar dos atendimentos da filha, porém ele nunca compareceu (Dauer, 2015).

trabalho com as mães, por outro lado, o trabalho clínico com a criança poderá desconsiderar a dimensão subjetiva da mulher quando a limita à posição de agente de cuidados, desprezando os outros elementos que compõem a sua função libidinal (DAUER, 2015).

Em referência ao trabalho clínico realizado com as crianças e suas famílias, tomaremos um dos casos atendidos na instituição pelo setor de intervenção precoce⁴. Mãe e criança foram submetidas à aplicação do instrumento IRDI e, quando o risco foi detectado, a dupla passou a participar dos atendimentos clínicos. No momento da avaliação, constatou-se a ausência de três indicadores: 2 (a mãe fala com a criança com um estilo particularmente dirigido a ela), 3 (a criança reage ao mamamês) e 5 (há troca de olhares entre a mãe e a criança).

Mateus⁵ e sua mãe, Sandra, chegaram ao IPREDE quando ele contava dois meses de vida e apresentava um quadro severo de desnutrição. A família afirmava não saber o motivo do baixo peso do filho. Sandra, 34 anos, é casada com o pai de Mateus, Maurício, há sete anos. Mateus é o terceiro filho da prole e o único que desnutriu. A gestação do terceiro filho não foi planejada e Sandra apenas descobriu a gravidez aos cinco meses de gestação. Mateus nasceu aos nove meses, pesando 2,560 kg.

Além do perceptível baixo peso do bebê, por vezes, mãe e criança compareciam à instituição sem realizar a higiene pessoal e vestindo roupas bastante puídas. Certa vez, a criança possuía tantas mordidas de insetos distribuídas pelo rosto e corpo que provocou preocupação e comentários de diversas outras mães, as quais davam sugestões para a mãe do bebê de como ela deveria protegê-lo e cuidá-lo. Nesse contexto, ela relatou que o pai da criança já havia comprado um véu para evitar as mordidas, mas, repetidamente, esquecia-se de colocá-lo. A mãe mostrava passividade nos cuidados com o filho, segurava a criança no colo, mas remetia a um segurar “frouxo”. A mãe se mostrava apática, parecia sem força, colapsada, passando a impressão de que o bebê poderia escorregar dos braços maternos a qualquer momento. – Onde estava a mãe naquele momento? Perguntaríamos com Winnicott (2019/1967): nos alhures de sua depressão? A criança igualmente se mostrava extremamente silenciosa, quieta, não havendo troca de olhares e gestos com a mãe.

Em decorrência da impossibilidade de recuperar o baixo peso, a equipe de trabalho supôs uma dificuldade materna em alimentar o bebê conforme era orientada, interpretando que “a mãe poderia não conseguir perceber quando a criança tinha fome”. Muito embora, uma escuta analítica da mãe poderia complexificar o que se observa fenomenicamente sob o signo da desnutrição, indo para além de um julgamento de negligência ou abandono. Porém, quando questionada, ela garantia que o filho comia tudo e sempre queria mais. Não nos aprofundaremos nos desdobramentos do caso, pois a nossa intenção é sinalizar para o modo como o acolhimento e narcisismo maternos repercutem na economia narcísica da criança, visto que, a partir do baixo peso, o bebê parecia caminhar em direção ao seu desaparecimento, dando a impressão de ter perdido precocemente o gosto pela vida (FERENCZI, 1992b/1929). Interessa-nos também situar a forma como tal problemática foi acolhida pela instituição.

4 O presente artigo é resultado parcial de uma pesquisa guarda-chuva intitulada *Fome e vergonha: vulnerabilidades na história e da cultura na clínica psicanalítica*. Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, foi enviada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará com o CAAE: 29499320.4.0000.5054.

5 Todos os nomes são fictícios em respeito ao sigilo.

A situação social da família é bastante vulnerável. Na época, Maurício estava desempregado e fazia uso de drogas ilícitas. Possuía alguns trabalhos informais eventuais, mas a renda fixa da família era proveniente do Bolsa Família⁶. Se, em nossos primeiros contatos, Sandra apresentava uma postura distante e silenciosa, ao longo dos encontros, ela vai se permitindo falar sobre as problemáticas em torno do seu relacionamento com o marido, que envolviam brigas constantes e situações de violência, por exemplo, isolamento da mulher de sua família e proibições de trabalhar ou buscar cuidados médicos.

Já no primeiro atendimento de intervenção com a dupla, o baixo peso da criança chama bastante atenção. Mateus não procurou o olhar materno em momento algum, mas fazia pequenos movimentos em nossa direção quando convocado por nós. Não existia troca de olhares ou palavras no vínculo materno-infantil. A criança não chorou e nem demonstrou incômodos.

Em seguida ao nosso atendimento, mãe e criança foram encaminhadas para a consulta pediátrica. Diante da grave desnutrição de Mateus, a pediatra sugeriu uma internação, mas Sandra mostrou-se resistente. Na ocasião, o discurso médico responsabilizou a mãe pelo estado desnutricional do filho, supondo impossibilidades e limitações na provisão dos cuidados infantis. Essa experiência de desautorização materna acarretou na ausência da dupla à instituição durante dois meses. Após o seu retorno, foi possível supor que, no momento da comunicação, Sandra não possuía recursos ou encontrou possibilidades para verbalizar sobre a sua resistência à internação, demarcando a sua recusa com a sua ausência, na tentativa de defender-se de uma situação com potencial traumático (DAUER, 2021).

Tomando a figura da criança desamparada frente a uma experiência de violência sexual, Kupermann (2016) e Kupermann e Martins (2017) consideram que a situação traumática se desdobra em três diferentes tempos. No primeiro, o tempo do indizível, o pequeno sujeito busca auxílio e reconhecimento do outro de referência para significar uma experiência dolorosa e disruptiva. O segundo tempo, do testemunho, ocorre com o encontro da criança com a sensível presença do cuidador capaz de ajudá-la na interpretação e construção de sentidos para uma experiência até então paralisante e apassivadora, transformando-a em atividade simbólica. O terceiro tempo decorre quando, ao invés de encontrar acolhimento, a criança se depara com o silêncio, descrédito do outro que nega o seu sofrimento, promovendo a desautorização da vivência e, conseqüentemente, do próprio sujeito. O trauma propriamente dito é referente a este último, o tempo da desautorização, representado pelo abandono traumático produzido pela indiferença.

Kupermann e Martins (2017, p. 151) enfatizam a escolha pelo termo “desautorização” por considerar que aqui se encontra em jogo “[...] a desapropriação subjetiva imposta ao sujeito em estado de vulnerabilidade pelo encontro traumático [...]”. Por não encontrar reconhecimento no outro, mas sim a negação de sua experiência de sofrimento, a própria percepção da violência sofrida é deturpada, podendo se transformar em seu inverso: ser incorporada pelo sujeito, acarretando sentimentos de culpa e punição. A esse processo, os autores relacionam as segregações do racismo e antissemita, a fome etc. Ademais, ao proporcionar modos de expressão, consideram a escrita de testemunho um recurso de trabalho psíquico na tentativa de sublimação da experiência traumática vivida, que também desempenha importante função social de maneira a promover a divulgação e sensibilização de uma comunidade ao “[...] narrar o impossível, expondo as fraturas da representação frente ao horror e à catástrofe” (KUPERMANN; MARTINS, 2017, p. 201).

6 Trata-se de um programa brasileiro de transferência direta de renda articulado com algumas condicionalidades, que tem como objetivo principal beneficiar famílias em situação de vulnerabilidade e pobreza.

Existe um discurso científico em conjunto com um discurso social que, com frequência, tendem a delimitar as razões explicativas dos fenômenos que envolvem a infância sob uma lógica de responsabilização individual que recai na figura materna. Ao desautorizar uma experiência de sofrimento, promove-se o apagamento da representação ao nível do sujeito. Ele é destituído daquilo que lhe é mais próprio, acarretando a perda da convicção em sua percepção dos fatos e, conseqüentemente, do sentimento de si (KUPERMANN; MARTINS, 2017). Essa atitude compartilha da lógica de negação de uma vivência subjetiva, conforme apontado por Ferenczi (1992c/1933), provoca o traumatismo patogênico. Uma escuta sensível tem potencialidade de dar visibilidade a essas famílias, considerando sua história, “despatologizando” seus modos de cuidado e apontando para uma responsabilização coletiva.

Quando a dupla retornou ao IPREDE, o quadro de desnutrição de Mateus estava agravado, tornando a internação inevitável e inadiável. Sandra justificou suas ausências por não saber ir sozinha à instituição e, durante esse período, o marido não pôde acompanhá-la por ter encontrado trabalhos temporários. Nesse momento, realizamos uma interconsulta com a pediatra, Mateus e a sua mãe. A médica informou a necessidade de internação e detalhou todos os procedimentos para Sandra, que parecia assustada e permanecia calada. Constantemente, perguntávamos como ela estava se sentindo, se entendia o que estava sendo dito e se tinha dúvidas. Ela expressou a vontade de conversar com o marido antes de concordar com a hospitalização e o seu pedido foi atendido.

O atendimento que sucedeu o período de internação de Mateus ocorreu na presença da criança e seu pai. Diante da melhora do filho, Maurício demonstrava estar muito satisfeito com os resultados da hospitalização. Comentou que o filho “parecia outra pessoa”, pontuando os avanços em seu desenvolvimento e agradecendo pelo cuidado dedicado a Mateus. Nos encontros seguintes, Sandra também verbalizou opiniões semelhantes às do marido, mencionando que só agora entendia por que a internação era um procedimento necessário.

Com isso, Sandra, Maurício, Mateus e os dois irmãos passaram a ir juntos à instituição. No entanto, as faltas eram frequentes e as justificativas continuavam as mesmas: Sandra não sabia andar de ônibus e Maurício não podia acompanhá-la quando conseguia um trabalho temporário ou, por vezes, eles não iam porque estavam brigados.

Em decorrência de mudanças no setor, uma nova pediatra passou a realizar o acompanhamento médico de Mateus e, após algumas consultas com a família, ela pediu para conversar conosco. No encontro, comentou estar muito angustiada com os atendimentos da criança, porque dava orientações à mãe, mas vinha observando que Sandra não as seguia. A médica desconfiava que a mãe esquecia de administrar os cuidados com o filho, por exemplo, dar banho de sol, sulfato ferroso (Mateus estava com anemia), escovar os dentes etc. No entanto, quando descobriu que Sandra não sabia ler, a profissional passou a desenhar as orientações.

Durante os atendimentos conosco, Sandra permitiu-se falar sobre sua infância. Contou que sua mãe cuidou dela e de mais três irmãs de pais diferentes, sendo ela a mais nova. Revelou que o seu pai a abandonou quando ainda era bebê e que depois não teve mais contato com ele, apenas com a família mais extensa.

O caso de Mateus e Sandra traz reflexões importantes. Sandra vive uma maternidade cheia de complexidades. O marido, embora a ajude ocasionalmente, é fonte de grande preocupação, seja pelo uso de drogas, por impedi-la de trabalhar ou pelas experiências de violência doméstica. Com três filhos e vivendo em uma situação de extrema pobreza, Sandra procura alguns amparos: a instituição e a igreja. O exercício da maternidade parece ser vivenciado de uma forma difícil, com pouco apoio familiar e comunitário, e considerado insuficiente para os que a rodeiam (inclusive visualmente expostos no quadro de desnutrição do filho).

Isso fica claro na difícil relação que ela constrói com a equipe institucional, que, em alguns momentos, tem dificuldade de compreender a situação familiar de forma mais ampla, uma vez que as orientações não parecem ser suficientes. O caso, portanto, torna-se desafiante para os profissionais que tendem a focar mais nas condutas maternas e menos em pensar sobre práticas alternativas à orientação, como a construção de uma rede de apoio institucional.

Tal situação retoma a afirmativa de Ferenczi (1992a/1928), quando aponta que não é o analisando que deve se adaptar à técnica psicanalítica, mas o analista que precisa dispor de uma flexibilidade elástica para atender os casos considerados difíceis ou não analisáveis. Nesse sentido, sugere que o analista deve manter uma presença sensível frente aos pacientes que não conseguem sonhar, associar livremente, cometer atos falhos e estabelecer uma transferência (KUPERMANN, 2019).

Em articulação com o nosso caso clínico, faz-se importante pensar em como um trabalho institucional deve oferecer uma adaptação sensível à realidade familiar, com vistas à construção de uma relação de confiança. O fato de a família acarretar desconforto e inquietação nos membros da equipe pode apontar para a ineficácia das estratégias comumente utilizadas, somadas à necessidade de propor alternativas de cuidado que se distanciem de uma avaliação da conduta materna e favoreçam a ampliação do acolhimento.

Em contrapartida, possivelmente como formas de afirmar sua posição subjetiva, vivenciamos na instituição situações em que as mães rejeitam ou desaprovam orientações e prescrições dos profissionais, recusando-se a ocupar uma posição apassivada, de submissão e recorrendo ao próprio saber construído ao longo de suas histórias de vida. Por exemplo, durante outro atendimento no setor de intervenção precoce, frente aos questionamentos realizados pela analista sobre as solicitações da filha, a mãe responde: “Você não entende, quando você for mãe vai saber como é difícil dar conta de todos!”. Ademais, citamos a situação narrada por Teixeira (2019), quando, após o alerta de um funcionário que orienta às mães a não colocarem as suas bolsas dentro dos berços dos bebês em decorrência da possível contaminação por bactérias, tão logo este se ausenta, o grupo descumpra sua recomendação ao mesmo tempo em que desdenha de seu discurso.

Compartilhando dessa perspectiva, interpretamos que no momento da comunicação sobre a necessidade de internação de Matheus, Sandra não possuiu recursos ou encontrou possibilidades para verbalizar sobre a sua resistência, demarcando a sua recusa com a sua ausência. Acreditamos que tais episódios exemplificam a realização de um trabalho materno capaz de suportar e estabelecer a demanda da criança a partir de seu próprio saber, não se deixando absorver unicamente pelas orientações oferecidas por um conhecimento especializado, científico. Diante dos movimentos maternos narrados, é possível observar a resistência e o limite que as mulheres empreendem frente ao saber do outro que ameaça silenciar suas singularidades. Por meio de suas falas e atitudes de deboche, elas encontram alternativas para manifestar suas posições, verdades, tradições e, com isso, respondem e defendem-se do potencial traumático. Na ausência de recursos à simbolização dessas experiências, a irrupção do trauma pode provocar desorganização subjetiva e alcançar efeito desestruturante.

Os movimentos atuais de olhar para a família para pensar os cuidados com a criança precisam considerar os aspectos subjetivos dessa relação. O movimento de pensar tecnicamente o cuidado opera no risco de dessubjetivar algo que envolve outras complexidades para além dos cuidados objetivos que uma mãe oferece a uma criança. Desse modo, a construção de uma relação de confiança entre a instituição e a família precisa contemplar esses elementos, levando em consideração o ambiente que atravessa o vínculo materno-infantil.

Mesmo com os percalços, essa família consegue encontrar no IPREDE um espaço de confiança, que se estende também na presença dos demais integrantes da família. Sandra, apesar de algumas instabilidades representadas pelo excesso de faltas na instituição e pelas dificuldades relacionadas à vulnerabilidade social e relacional com o marido, engaja-se nos tratamentos. Mateus reverte o quadro de desnutrição e recupera os atrasos em seu desenvolvimento. Ainda que não tenha sido possível a aplicação do IRDI nas quatro fases previstas pelo instrumento, ao longo dos atendimentos clínicos, foi possível observar o fortalecimento do vínculo materno-infantil. Sandra se satisfaz com as conquistas do filho e, aos poucos, vai construindo uma maternidade possível.

Diferentemente de práticas normativas que obstruem o contato com o sofrimento humano, Miranda e Onocko Campos (2014) apontam a importância dos usuários poderem (re)viver experiências de cuidados confiáveis, semelhante aos pais, quando em situações saudáveis, proporcionam aos seus bebês. Em companhia da sensibilidade e identificação desenvolvidas pelo profissional, o paciente poderá encontrar acolhimento e reconhecimento para os seus estados afetivos a fim de alcançar uma solução pessoal para a complexidade envolvida em seu processo de adoecimento. Esse aspecto da compreensão profissional apoia-se na função especular estabelecida pelo rosto materno, ao conseguir apreender a imagem do bebê e refleti-la para ele, possibilitando a realização de trocas significativas com o mundo. Através do olhar materno, a mãe devolve à criança as necessidades e emoções infantis de modo atenuado e simplificado, o que equivaleria a uma espécie de tradução de suas urgências pulsionais (WINNICOTT, 2019/1967).

Nessa sequência, faz-se basilar que as práticas de cuidado não promovam ações capazes de reatualizar uma situação de abandono, causando a reprodução das dificuldades vividas; mas sim, objetivem a construção de um trabalho que contemple certa adaptação aos movimentos e potencialidades do paciente, permitindo a vivência de uma experiência compartilhada.

A ideia de prevenção em psicanálise, diferentemente do paradigma biomédico, não objetiva evitar o desenvolvimento de uma psicopatologia, tampouco a eliminação do sofrimento. De outra sorte, o instrumento IRDI nos permitiu perceber e compreender os impasses que se apresentavam no laço entre a criança e seu agente de cuidados, que poderão acarretar entraves ao desenvolvimento infantil. A direção dos atendimentos priorizou as intervenções no vínculo materno-infantil, em especial, na articulação entre a fala da mãe e as produções do corpo bebê. Com a continuação dos nossos encontros, a mãe conseguiu posicionar-se de outra forma na relação com a sua criança, produzindo efeitos subjetivantes no bebê. A sustentação de um trabalho clínico deve, portanto, incluir um olhar sensível às diferenças do caso a caso, sendo avesso a generalizações.

Considerações finais

A proposição de um trabalho no âmbito da saúde coletiva, mais especificamente no contexto materno-infantil, deve propiciar acolhimento e cuidado à população atendida, de maneira comprometida e atuante (FIGUEIREDO, 2012). Nessa perspectiva, podemos pensar o IPREDE como um ambiente facilitador que, semelhante à família ou a comunidade, poderá guiar o desenvolvimento do indivíduo em termos de continuidade, confiabilidade e proteção da imprevisibilidade, oferecendo sustentação e vias para a transformação e crescimento emocional ao espelhar e partilhar afetos, angústias e desejos, possibilitando, ainda, um recomeço às experiências que envolveram algum fracasso relativo ou total de provisão ambiental.

Enfatizamos a necessidade da construção de dispositivos clínicos de atendimento nos serviços de saúde que contemplem a posição subjetiva e as condições de vida de cada indivíduo. Ao invés da imposição de condutas terapêuticas normativas e tratamentos gerais organizados a partir de uma temporalidade previamente determinada, a promoção de um cuidado que evidencia a dimensão do sofrimento deve oferecer tempo e disponibilidade afetiva para deixar o doente sentir e falar sobre o mal que o aflige, sem a pretensão de compreendê-lo de imediato.

Quando conseguirmos escutar com atenção continuada o paciente que, em muitas vezes, teve a sua subjetividade silenciada ou negada em detrimento da prevalência de sua doença, pode-se proporcionar acolhimento e reconhecimento para os seus estados afetivos, conferindo significância a sua existência. Logo, propor um trabalho com o sofrimento é incluir o sujeito em seu próprio tratamento, acompanhando-o na elaboração de sentidos para a experiência vivida, seja de adoecimento, maternagem, situação de fome, pobreza, exclusão ou vulnerabilidades psicossociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAZELTON, B.; CRAMER, B. **The earliest relationship: parents, infants and the drama of early attachment**. London: Karnac, 1991.
- CIDADE, E.; MOURA JR., J.; XIMENES, V. Implicações psicológicas da pobreza na vida do povo latino-americano. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 30, n. 68, p. 87-98, jan./mar. 2012.
- DAUER, E. **A desnutrição e o transativismo: considerações psicanalíticas**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.
- _____. **Uma compreensão psicanalítica da relação entre a mãe e o bebê em situação de pobreza e vulnerabilidade social: um estudo a partir dos indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil**. 2021. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2021.
- DAUER, E. T.; MARTINS, K. P. H. Desamparo materno e recusas alimentares na primeira infância. **Cadernos de Psicanálise-CPRJ**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 32, p. 43-60, jan./jun. 2015.
- FERENCZI, S. Elasticidade da técnica psicanalítica. In: _____. (Org.). **Obras completas**, vol. IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992a (Original de 1928). p. 29-42.
- _____. Criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: _____. **Obras completas**, vol. IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992b (Original de 1929). p. 55-60.
- _____. Confusão de língua entre o adulto e a criança. In: _____. (Org.). **Obras completas**, vol. IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992c (Original de 1933). p. 111-121.
- FERRAZ, I. **Morbidade mental materna e desenvolvimento de síndromes psiquiátricas na primeira infância**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.
- FIGUEIREDO, L. **As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2012.
- GERHARDT, S. **Por que o amor é importante: como o afeto molda o cérebro do bebê**. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- GOMES, J. **Percepção materna de vínculo, crenças e práticas em situação de vulnerabilidade social**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.
- HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 104-110, 2004.
- IACONELLI, V. Sobre as origens: muito além da mãe. In: TEPERMAN, D.; GARRAFA, T.; IACONELLI, V. (Org.). **Parentalidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 11- 22.
- IPREDE. Instituto de Prevenção à Desnutrição e Excepcionalidade. **Relatório institucional 2010**. Fortaleza, 2010.
- JERUSALINSKY, A. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000.
- KUPERMANN, D. Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na Psicologia Hospitalar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, pp. 6-20, jun. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 fev. 2021.

_____. **Por que Ferenczi?** São Paulo: Zagodoni, 2019.

KUPERMANN, D.; MARTINS, K. Racismo, fome, testemunho e humor: diário de uma favelada de Carolina Maria de Jesus. In: **Anais do VI Congresso Nacional de Direito, Psicanálise e Literatura**. Belo Horizonte: Ami Comunicação & Design, 2017. p. 149-158.

KUPFER, M. C. M. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath.**, v. 6, n. 1, p. 48-68, 2009.

KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores clínicos em pesquisa de orientação psicanalítica: um debate conceitual. In: KUPFER, M. C.; LERNER, R. (Orgs.), **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta; 2008.

MARTINS, K. P. H. et al. Infância e privação: a fome, o silêncio e a vontade de viver. In: PINHEIRO, C. V. Q.; CARVALHO, J. Q.; DA SILVA, M. F. V. (Org.). **Estudos psicanalíticos na clínica e no social**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2011. p. 79-97.

_____. Angústia e vergonha na clínica psicanalítica em situações de pobreza e outras vulnerabilidades. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 265-289, dez. 2018.

MARTINS, K. P. K.; VILHENA, J. Para além da alimentação: um olhar psicanalítico sobre as políticas públicas de saúde na primeira infância. In: WINOGRAD, M.; VILHENA, J. (Org.). **Psicanálise e clínica ampliada: multiversos**. Curitiba: Appris, 2014. p. 37-56.

MENESCAL, J. **Experiências adversas na infância de mães e a correlação com o vínculo materno de crianças assistidas numa instituição de primeira infância**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, 2018.

MIRANDA, L.; ONOCKO CAMPOS, R. Contribuições da teoria winnicottiana para um posicionamento clínico nos serviços públicos de saúde. In: WINOGRAD, M.; VILHENA, J. (Org.). **Psicanálise e clínica ampliada: multiversos**. Curitiba: Appris, 2014. p. 57-86.

MOURA JR., J. F. et al. Concepções de pobreza: um convite a discussão psicossocial. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 341-352, 2014.

NEVES, B. S.C. **Prevenção e Psicanálise: contribuição ao debate a partir da clínica institucional com crianças desnutridas**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2015.

_____. **Uma compreensão psicanalítica da relação entre a mãe o bebê em situação de pobreza e vulnerabilidade social: um estudo a partir dos indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil**. 2021. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2021.

ROLIM, L. **A percepção vincular materna e o risco de alteração no desenvolvimento socioemocional/comportamento das crianças**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

ROSA, M. Uma escuta psicanalítica das vidas secas. **Revista de Psicanálise Textura**, São Paulo, n. 2, p. 1-13, 2002.

_____. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2016.

ROSA, M.; ESTEVÃO, I.; BRAGA, A. Clínica psicanalítica implicada: conexões com a cultura, a sociedade e a política. **Psicologia em estudo**, v. 22, n. 3, 2017.

TEIXEIRA, I. **Trauma, angústia e desautorização nos dispositivos de saúde materno-infantil**: contribuições clínico-políticas da psicanálise. 2019. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

WINNICOTT, D. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: _____. **O brincar e a realidade**. São Paulo: Ubu Editora, 2019 (Original de 1967). p. 177-188.

RESUMO

O presente trabalho é resultado de duas pesquisas que tiveram o Instituto da Primeira Infância (IPREDE) como campo. Historicamente comprometida com o enfrentamento da desnutrição infantil, a instituição atualmente contempla a noção de desenvolvimento infantil de uma forma ampliada, incluindo o núcleo familiar em suas intervenções, juntamente com estratégias de quebra de ciclos intergeracionais de pobreza. Dessa forma, a instituição passa a trabalhar com a noção de que os cuidados parentais são fundamentais ao desenvolvimento da criança. No entanto, essa tarefa é complexificada nas situações em que as famílias estão constantemente envolvidas em questões cruciais para a garantia da própria sobrevivência, sendo necessário pensar nas trocas intersubjetivas quando envolvem problemáticas de gênero, racialidade e vulnerabilidade psicossocial. Através de uma vinheta clínica, objetiva-se demonstrar como o conhecimento técnico e especializado pode restringir as razões explicativas dos fenômenos que atravessam a infância sob uma lógica de responsabilização individual que recai na figura materna.

Palavras-chave: vulnerabilidade social, psicanálise, saúde materno-infantil, infância.

Relaciones de cuidado en situaciones de vulnerabilidad social: una experiencia clínico institucional en la primera infancia

RESUMEN

Este trabajo presentase como el resultado de dos investigaciones hechas en el ámbito del Instituto da Primeira Infância (IPREDE). Desde el punto de vista histórico esta institución estuvo comprometida con el combate a la desnutrición infantil. Actualmente plantea la noción de desarrollo infantil de manera ampliada, incluyendo al núcleo familiar en sus intervenciones, junto con estrategias que visan romper los retos involucrados en la repetición de ciclos intergeneracionales de la pobreza. Por este logro, la institución empieza a trabajar con la noción al respecto que el cuidado de la pareja es fundamental para el desarrollo de los críos. Sin embargo, esta tarea se vuelve más compleja en situaciones en las que las familias están constantemente involucradas en cuestiones cruciales para garantizar su propia supervivencia, siendo necesario pensar en los intercambios intersubjetivos cuando involucranse cuestiones de género, racialidad y vulnerabilidad psicossocial. A través de una viñeta clínica, tenemos la intención de demostrar la forma cómo el conocimiento técnico y especializado puede restringir las razones explicativas de los fenómenos que corren a través de la infancia bajo la lógica de la responsabilidad individual que en general se pone frente a la figura materna.

Palabras clave: vulnerabilidad social, psicoanálisis, salud materno infantil, infancia.

Care relationships in social vulnerability situations: a clinical-institutional experience in early childhood

ABSTRACT

The work is the result of two research projects conducted in the Instituto da Primeira Infância (IPREDE). Historically active in the fight against child malnutrition, IPREDE started to consider the notion of child development in a more general way, including the family in its interventions as well as strategies to break intergenerational cycles of poverty. In this matter, the institution begins to work with the notion that parental care is fundamental to child development. However, the application of this new concept becomes complex in situations where families are constantly facing fundamental problems, like guaranteeing their survival. In these situations, it is necessary to think about intersubjective exchanges including issues such as gender, racial and psychosocial vulnerability. Through a clinical vignette, we intend to show that technical and specialized knowledge often delimits the explanatory reasons for the phenomena that involve childhood under a logic of individual responsibility that falls on the mother figure.

Keywords:

social vulnerability, psychoanalysis, maternal and child health, childhood.

DATA DE RECEBIMENTO: 28/03/2022

DATA DE APROVAÇÃO: 04/10/2022



Beatriz Sernache de Castro Neves

Psicóloga pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestra em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do curso de Psicologia da Faculdade Ari de Sá (FAS).

E-mail: bia_sernache@hotmail.com



Érika Teles Dauer

Psicóloga pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Mestra e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e docente universitária (Estácio - CE).

E-mail: erikadauer@hotmail.com



Karla Patrícia Holanda Martins

Professora associada do departamento de psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), graduação e pós-graduação, pesquisadora e bolsistas de produtividade do CNPq. Coordenadora do Programa de Extensão da UFC, Clínica, Estética e Política do Cuidado.

E-mail: kphm@uol.com.br