

Intervenção a tempo em bebês com impasses ao desenvolvimento psíquico¹

Early Intervention in babies with impasses to psychic development

Isabela Santoro Campanário

Resumo

O presente artigo propõe refletir sobre a clínica com bebês, crianças até 3 anos e seus pais, na qual a intervenção precoce busca oferecer possibilidades de tratamento em casos de sinais de risco ao seu desenvolvimento psíquico. A autora apresenta resultados de sua experiência clínica para essa reflexão, trazendo fragmentos de casos acompanhados pela equipe multidisciplinar de um serviço de saúde mental infantil da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Palavras-chave: Bebês, Crianças, Impasses no desenvolvimento psíquico, Intervenção a Tempo, Psicanálise.

A Intervenção a Tempo é uma intervenção clínica que trata pais, bebês e pequenas crianças (0 a 3 anos) que apresentam sinais de risco ao desenvolvimento psíquico. Buscamos trabalhar em parceria com diversos saberes em um constante diálogo, pois se trata de uma proposta interdisciplinar que implica uma detecção e intervenção terapêutica o mais precoce possível a fim de realizar uma construção conjunta do Projeto Terapêutico Singular.

A expressão “a tempo” aponta para intervenções feitas num momento em que estão sendo construídas as bases do psiquismo, a plasticidade cerebral está em seu apogeu e os quadros psicopatológicos não estão plenamente instalados. (CAMPANÁRIO *et al.*, 2018).

A Intervenção a Tempo trabalha com a detecção precoce de sinais de risco e com si-

tuações que possam dificultar o desenvolvimento psíquico, saindo da lógica de esperar “passar a fase” ou de se ter uma “confirmação diagnóstica” para agir.

A detecção de sinais indicativos de um possível sofrimento psíquico no bebê ou na pequena criança e em seus pais nos permite realizar intervenções clínicas num tempo mais permeável às intervenções e com uma maior chance de modificação de um prognóstico. (CAMPANÁRIO, 2013).

Como detectar os riscos psíquicos?

A estruturação psíquica do bebê pode ser observada através de suas produções corporais tais como: o olhar, a voz, a motricidade, a gestualidade, a sensorialidade, além dos ciclos de sono-vigília, fome-saciedade, retenção-expulsão de fezes, observando-se a relação com os pais ou cuidadores.

1. Trabalho apresentado no XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICANÁLISE – PSICANÁLISE E DIVERSIDADES: INCONSCIENTE, CULTURA E CAMINHOS PULSIONAIS (CBP/CPA), Belém (PA), 7-9 nov. 2019. Transcrito a partir de manuscrito da autora por Juliana Marques Caldeira Borges.

A detecção pode, então, ser estabelecida quando não ocorre algo que era de se esperar no desenvolvimento daquele bebê ou criança. Isso já levanta o alerta de que algo não vai bem, o que nos permite detectar e intervir de modo precoce sem que precisemos fechar um diagnóstico (CAMPANÁRIO, 2008).

Apresentamos em seguida fragmentos de dois casos clínicos² que foram acompanhados por nossa equipe de trabalho em um serviço de saúde mental infantil da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, dentro da abordagem da intervenção precoce.

Caso 1

O paciente P., atualmente com 1 ano e 2 meses, iniciou tratamento aos 2 meses de idade. Na primeira consulta comigo, filmamos parte de seu atendimento, com o devido consentimento dos pais. A mãe chama o filho várias vezes usando o “manhês”,³ mas apenas quando a estimulamos a fazê-lo. O contato do bebê com ela é inexistente. Seu olhar é fixo no nada, o corpinho hipertônico não se aninha em seu colo.

Chamo o bebê várias vezes em manhês e nem assim ele responde. A mãe apresenta uma fisionomia triste e zangada. Diante dessa situação, propomos à mãe, nesta consulta, iniciarmos a Intervenção a Tempo.

A residente de pediatria que me acompanhava achou o crânio do bebê maior que o esperado e solicitou avaliação do neurologista, então ele entrou na fila aguardando por essa avaliação no Centro de Saúde.

A mãe de P. diz, com a voz desanimada: “É a mesma coisa”. Essa mãe já fazia tratamento de outro filho de 3 anos na equipe, uma criança extremamente grave, com diag-

nóstico de autismo e que ela levava pouquíssimo aos atendimentos. Devido a uma maior chance de uma segunda criança autista na família e à uma melhor evolução quando a criança é atendida no primeiro ano de vida, sempre examinamos os irmãos de nossos pacientes, por isso marcamos essa avaliação do bebê, aos 2 meses. Temos pressa em avaliar os irmãos, buscando iniciar o mais breve possível uma Intervenção a Tempo, quando necessária.

Essa mãe, de 24 anos, já tem 4 filhos, um deles com diagnóstico de autismo e outro em risco. O pai das crianças é usuário de *crack* e pouco ajuda a família. O que ele ganha é usado para comprar droga. A mãe vive do Benefício de Prestação Continuada (BPC) pago pelo governo por ser mãe de criança autista. Logo, ela pergunta: “Será que consigo ter dois benefícios?”

As crianças são expostas à televisão com muita frequência. A TV ficando ligada direto em casa, pois a mãe cuida sozinha da casa e dos quatro filhos.

A mãe de P. faz um movimento de se separar do marido e sair de casa (moravam na parte de baixo da casa da sogra, com quem a mãe do paciente não se dava bem, e foram morar ao lado da avó materna). Logo ela percebe que sua mãe ajuda ainda menos que sua sogra e volta a morar na casa desta última, sem reatar o relacionamento com o marido, que passa a ver seus filhos raramente.

Fazemos a primeira entrevista da pesquisa aplicando o questionário IRDI (Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil), protocolo fruto de importante pesquisa da interlocução da psicanálise com a saúde pública (KUPFER; BERNARDINO, 2018).

Na primeira aplicação do questionário, notamos um bebê muito grave com todos os indicadores da faixa de 0 a 4 meses ausentes. A criança não olhava para sua mãe, não se aconchegava nela para mamar, e a mãe não sabia o porquê de sua irritação durante a entrevista. Só existia “manhês” com estímulo das entrevistadoras, e o paciente não reagia

2. As iniciais dos nomes dos pacientes foram trocadas para preservar sua identidade.

3. Diálogo estabelecido entre a mãe e o bebê numa linguagem própria criada pela mãe e usada entre os dois ou por outro adulto e o bebê.

ao canto da sereia, como o chama Laznik (2004).

A Intervenção

a Tempo como um sopro de vida

A mãe passa a falar em “manhês” com o paciente e ele responde com “lalação”⁴ como mostra um vídeo enviado pela mãe para mim. Ao fundo, o som da televisão. Aos 5 meses, P. tem um quadro respiratório agudo e é internado. Sua fontanela estava estufada e aventaram a possibilidade de uma meningite que, felizmente, foi descartada. Perceberam a cabeça de tamanho maior e depois de vários exames concluíram ser uma macrocrania benigna. Mesmo assim, encaminharam o paciente para a reabilitação.

Falo com a mãe sobre a importância de seguir o tratamento com as duas equipes do nosso serviço (reabilitação e saúde mental), mas ela não consegue e leva durante alguns meses apenas na reabilitação, onde P. acaba tendo alta depois de 6 meses.

Então P. volta ao atendimento na Intervenção a Tempo e felizmente não houve regressão do contato da criança.

Fazemos a segunda entrevista da pesquisa. Nela, a mãe diz não ver mais sinais de alerta e acredita que o filho continua sendo acompanhado devido à macrocrania. Ele pede (falando “dá”), aponta, brinca com os irmãos, dorme bem à noite, alimenta-se bem (mama no peito e come frutas e comidinha). Na entrevista ele se interessa por brinquedos, aponta para os que quer falando “dá”.

P. busca o contato das analistas. Olha, sorri, oferece os brinquedos da sala para a analista. Todos os indicadores do último eixo do protocolo IRDI se mostraram presentes, demonstrando uma ótima evolução, a não ser o indicador 31, onde a mãe diz que ele reconhece os objetos dele e não os dela.

4. Trata-se da balbúciação de crianças quando começam a falar usando de entonação para dar pequenos gritinhos e fazer brincadeiras com a voz.

Caso 2

R. chega aos quatro meses para tratamento na equipe de nosso serviço. Ele é irmão de M., uma menina de três anos, já paciente da Intervenção a Tempo, que apresenta dificuldades em estabelecer vínculo com o Outro.

A mãe relata que desejava ter mais um filho, mas evitava porque imaginava a dificuldade em ter que dividir a atenção entre M. e o bebê. Quando soube da gravidez ficou muito angustiada, permanecendo nesse estado durante todo o período de gestação, porque não sabia o que seria da primeira filha.

R. nasceu de parto normal, mas teve algumas complicações importantes no nascimento. Esteve na UTI neonatal por uma semana. Passou a mamar no seio da mãe a partir do quinto dia de vida. Em dezembro de 2017, quando estava com dois meses de vida, R. teve pneumonia e precisou ser hospitalizado. A partir desse momento, não aceitou mais ser alimentado no peito, e a mãe lhe ofereceu mamadeira porque ele chorava muito. Devido à história inicial de hospitalizações frequentes, R. só foi avaliado pela equipe em fevereiro de 2018, quando já estava com quatro meses de idade.

Diante da solicitação de vídeos caseiros, o pai nos envia um registro em que ele tenta convocar o filho através do “manhês”, mas R. não responde. O único momento em que a criança olha para os pais é durante o banho, o que eles já tinham notado.

Ao realizar o IRDI (indicadores de risco para o desenvolvimento infantil), a mãe se mostrou receptiva para falar do filho, no entanto observamos um pouco de desânimo em sua fala. Já o pai se mostrou muito ativo, insistia em nos mostrar vídeos caseiros da criança para nos certificar de como R. é esperto. No entanto, nesses vídeos, notamos que a criança geralmente tem o contato comprometido com os pais, com poucos momentos de olhar. Para os indicadores de 0 a 4 meses incompletos, a maior parte estava ausente.

R. inicia tratamento de Intervenção a Tempo. Dois meses após início do seu atendimento, o pai envia um novo vídeo onde o paciente tenta espelhar a fala do pai com sua “lalação”. O pai falava “papapapapapai” e o bebê já repetia um som semelhante na “lalação”. Notamos que ele ainda apresentava muita dificuldade no contato visual.

Nas sessões, melhora progressivamente o contato e a interação. Aos oito meses, fazemos uma entrevista IRDI para a pesquisa Intervenção a Tempo em bebês e crianças com impasses no desenvolvimento psíquico.

R. chega no colo do pai e sua mãe também o acompanha. Quando as analistas vão cumprimentá-los na sala de espera, ao vê-las, ele esboça um lindo sorriso. Quando a analista se dirige a ele, o bebê responde com sorrisos e balbucios sinalizando uma disposição ao laço com o Outro.

R. indica maior disponibilidade ao laço com o pai, que consegue capturá-lo em muitas trocas prazerosas, o que não acontece frequentemente com a mãe. O maior desafio diante dessa situação é que o pai trabalha o dia todo e o bebê fica com a mãe, que tem maior dificuldade em estabelecer contato.

Primeiro IRDI - 8 meses

Foi possível observar naquele momento que a mãe estava angustiada e precisava ser acolhida. O pai, muito esforçado, denotava um excesso de oferta que não permitia a emergência subjetiva da criança. Os pais deixavam ambos os filhos muito tempo expostos a eletrônicos. Já o bebê tentava encontrar saídas para lidar com os sintomas parentais. Parecia que R. estava começando a superar os impasses de desenvolvimento psíquico em que se encontrava.

No texto *As pulsões e seus destinos*, Freud ([1915] 2013) nos fala que um novo sujeito apareceria depois de completo o terceiro tempo do circuito pulsional. Lacan ([1964] 2008), no *Seminário 11*, retomando essa passagem em Freud, fala do aparecimento de um “novo sujeito” no momento do remate da

pulsão através do terceiro tempo pulsional, quando o bebê “se faz”, se aliena, provocando o gozo do Outro.

Lacan ([1964] 2008) diz que esse tempo, nomeado por Freud de passivo, na verdade é de extrema atividade. O bebê busca ativamente se fazer objeto de gozo do Outro.

Para Laznik (2003), os autistas estariam com entraves em completar o terceiro tempo do circuito pulsional. É importante salientar que R. parece ter atingido o terceiro tempo do circuito pulsional ao estender a mão em direção à boca da analista pesquisadora.

Após 1 ano, a mãe arrumou um emprego durante todo o dia. O pai não conseguia levar os filhos ao tratamento com a mesma frequência de antes e, então, R. apresenta uma piora.

Posteriormente R. entra na escola e isso beneficia muito seu contato com outras crianças, trazendo também uma menor exposição às telas. Ocorre uma melhora da frequência aos atendimentos. No último IRDI todos os marcadores estavam presentes.

Podemos pensar em uma piora do autismo com exposição às telas?

Com o avanço das tecnologias, percebemos um novo sintoma social: uma exposição precoce e inadequada às telas, que estão se tornando as novas babás eletrônicas.

Bebês não devem ser expostos às telas (*smartphone*, televisão, computador, *notebook*, *táblete*) até os 2 anos. Recomenda-se, de 2 a 5 anos, apenas 1 hora de telas por dia e de 6 a 18 meses, 2 horas de telas, com supervisão do conteúdo pelos responsáveis. (Fonte: Sociedade Americana de Pediatria, Sociedade Canadense de Pediatria e OMS).

O psicólogo romeno Márius Zamfir (2018, p. 953) cria o termo “autismo virtual”, que assim define:

Uma desordem da funcionalidade e desenvolvimento das crianças, devido ao uso excessivo

sivo de ambiente virtual nos primeiros anos de vida, semelhante ao distúrbio autístico, atende aos critérios diagnósticos descritos em manuais especiais DSM-IV, assim como o CID-10. A principal diferença entre os dois tipos de transtornos é a relação direta entre o diagnóstico do autismo e o uso excessivo do ambiente virtual, como um gatilho.

Duas psicanalistas francesas, Isabelle Terrasse e Ane-Lise Ducanda, citadas por Madden (2021) descrevem casos em que os sintomas de autismo desaparecem completamente após um mês da retirada das telas.

Apesar de não ser um conceito amplamente aceito entre os profissionais que atendem as crianças autistas, trago-o aqui, pois o considero um fator que piora a condição das crianças com autismo, presente em ambos os casos apresentados.

Denise Feliciano (2021), em seu artigo *Telas: um risco para a constituição da mente da criança*, assinala:

Atualmente temos visto que em lugar de oferecer um lugar cuidadoso, um colo ou uma voz que possa assegurar ao bebê e às crianças pequenas uma presença confortável, as famílias tentam distraí-las com telas repletas de imagens agitadas e coloridas, que são um excesso ao seu desenvolvimento neurológico. Psiquicamente, as telas impedem que se constitua uma qualidade interativa e essa falta é um risco à saúde mental desta criança.

A autora afirma que não existe mais a díade mãe-filho. Desde os primórdios, passa a ser mãe, filho e *gadget* (celular, tablete, TV), tríade muito anterior ao complexo de Édipo. “O distanciamento precoce da mãe é sentido pelo bebê como uma ameaça à sua existência” sublinha a autora. Ela aponta ainda que a TV deixada sempre ligada como uma presença constante para “afastar a solidão” não é sem consequências na constituição do psiquismo.

Novas possibilidades de subjetivação através da intervenção a tempo

Contrariando, então, todas as expectativas, P. e R. se constituem como sujeito. O tratamento precoce, possibilitando outras escolhas estruturais, é um trabalho que vem sendo feito há relativamente pouco tempo na psicanálise (cerca de 30 anos) e ainda é desconhecido para muitos. Através dele, pacientes que antes seriam “assujeitados” se tornam sujeitos, capazes de falar em primeira pessoa e fazer escolhas.

Abstract

This article proposes to reflect on the clinic with babies, children up to 3 years old and their parents, in which early intervention seeks to offer treatment possibilities in cases of signs of risk to their psychic development. The author presents results of her clinical experience for this reflection, bringing fragments of cases followed by the multidisciplinary team of a child mental health service of the Municipal Health Department of the Municipality of Belo Horizonte.

Keywords: *Infants, Children, Difficulties in psychic development, Early Intervention, Psychoanalysis.*

Referências

CAMPANARIO, I. S. *et al.* Intervenção de Orientação Psicanalítica a Tempo em bebês e crianças com impasses no desenvolvimento psíquico. *Estudos de Psicanálise*, Belo Horizonte, n. 50, p. 73-86, dez. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372018000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 jun. 2021.

CAMPANÁRIO, I. S. *Tratamento psicanalítico do bebê com risco de autismo. Uma clínica ao avesso?* 2013. 178 f. Tese (Doutorado em psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2013.

CAMPANÁRIO, I. S. *Espelho, espelho meu.* A psicanálise e o tratamento precoce do autismo e de outras graves psicopatologias. Salvador, BA: Ágalma, 2008.

FELICIANO, D. S. Telas: um risco para a constituição da mente da criança. *Lalalingua*. Disponível em: <https://lalalingua.com.br/bebes/telas-um-risco-para-a-constituicao-da-mente-da-crianca>. Acesso em: 01 out. 2021.

FREUD, S. *As pulsões e seus destinos* (1915). Edição bilíngue. Tradução: Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2013. p. 13-69. (Obras incompletas de Sigmund Freud, 2).

KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F. IRDI: um instrumento que leva a psicanálise à polis. *Estilos da Clínica*, São Paulo, SP, v. 23, n. 1, p. 62-82, abr. 2018. Publicação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v23n1/a05v23n1.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

LACAN, J. *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Tradução: M. D. Magno. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 2008. (Campo Freudiano no Brasil).

LAZNIK, M.-C. *A hora e a vez do bebê.* São Paulo, SP: Instituto Langage, 2013.

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

MADDEN, J. J. *The Durable human - embrace your nature.* Disponível em: <https://durablehuman.com/tag/virtual-autism/>. Acesso em: 01 jun. 2021.

ZAMFIR, M. T. The consumption of virtual environment more than 4 hours/day, in the children between 0-3 years old, can cause a syndrome similar with Autism Spectrum Disorder. *Journal Romanian Literacy Studies*. Issue n. 13, pp. 953-968, 2018.

Recebido em: 20/06/2021

Aprovado em: 30/06/2021

Sobre a autora

Isabela Santoro Campanário

Médica pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Mestre em psicologia, área de concentração em Estudos Psicanalíticos pela UFMG. Doutora em psicologia, área de concentração em Estudos Psicanalíticos pela UFMG.

Pós-doutora pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP).

Preceptora da residência em psiquiatria do IPSEMG de 2001 a 2004 e professora convidada da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais por cerca de 15 anos.

Médica psiquiatra da infância e adolescência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (desde 1996) e preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental e em Pediatria do Hospital Municipal Odilon Behrens.

Professora de cursos de formação em psicanálise no Círculo Psicanalítico de Minas Gerais (CPMG) desde 1998.

Autora do livro *Espelho, espelho meu. A psicanálise e o tratamento precoce do autismo* (2008)

e de vários artigos na área do autismo infantil.

Implantou o projeto *Intervenção a Tempo* (atendimento psicanalítico mãe-bebê em risco de constituição do sujeito) desde 2003, na rede municipal de Belo Horizonte, projeto considerado uma das diretrizes em saúde mental do município de Belo Horizonte (PBH).