

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA
Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

GISELDA DE CAMILLO ALLEGRETTI

**MANEJO DO *SETTING* COMO FACILITADOR DE MUDANÇA PSÍQUICA NA
CONSULTA DE PEDIATRIA**

São Bernardo do Campo
2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

GISELDA DE CAMILLO ALLEGRETTI

**MANEJO DO *SETTING* COMO FACILITADOR DE MUDANÇA PSÍQUICA NA
CONSULTA DE PEDIATRIA**

Dissertação apresentada ao Curso
de Pós- Graduação em Psicologia
da Saúde da Universidade
Metodista de São Paulo como
requisito parcial para obtenção do
título de mestre em Psicologia da
Saúde

Docente Responsável: Prof. Dr. José Tolentino Rosa

São Bernardo do Campo
2005

RESUMO

O presente trabalho faz uma retrospectiva da evolução da Pediatria nos seus ramos curativo e preventivo, com destaque para função do pediatra diante da criança e da família. Trata das questões ligadas à consulta de pediatria e da importância de se constituir um *setting* terapêutico suficiente e adequado. Descreve o *setting* pediátrico e como as formas de seu manejo podem ser utilizadas para a promoção da saúde da criança. Aborda o conceito de *setting*, descrito inicialmente por Freud e por outros autores e detalha o *setting* analítico de Winnicott e seu manejo com a função de *holding*. Aborda o conceito de “fato clínico” sob duas perspectivas: uma mais geral, ligada aos sinais e sintomas físicos e outra mais específica, ligada à vida psíquica do paciente, familiares e cuidadores. Aborda, ainda, o conceito de mudança psíquica, demonstrando que, mesmo que essa mudança seja apenas circunstancial, ela determina uma nova postura frente à conduta do médico, o que abre espaço para que o tratamento se torne eficaz e dê consistência à mudança alcançada, facilitando novos tratamentos e caracterizando, dessa forma, círculo virtuoso de enorme valor terapêutico. Utiliza, para alcançar os objetivos propostos, o método descritivo clínico de três “fatos clínicos” ocorridos na experiência profissional clínica da autora. Demonstra como a técnica de manejo do *setting* foi utilizada nesses “fatos” com o objetivo de alcançar a mudança psíquica, representada pela melhora clínica da sintomatologia que deram origem às consultas de pediatra. As considerações finais permitem concluir que as formas de intervenção dos pediatras podem ser ampliadas com o conhecimento dessa técnica que tem por fundamento a teoria evidenciada na obra literária de D. W. Winnicott, assim como na sua prática pediátrica e psicanalítica com crianças.

Palavras-chaves: Consulta de pediatria; Manejo do *setting*; Winnicott.

ABSTRACT

The present work makes a retrospect of the evolution of the Pediatrics in its lines dressing and preventive, with emphasize for function of pediatrician ahead of the child and the family. It deals with to the on questions to the pediatrics consultation and the importance of if constituting one setting therapeutic adjusted sufficient and appropriate. It describes setting pediatrics and as the forms of its handling can be used for the promotion of the health of the child. It approaches the concept of setting, described initially by Freud and other authors and details setting analytical of Winnicott and its handling with the holding function. It approaches the concept of "clinical fact" under two perspectives: one more general, on one to the physical signals and symptoms and another more specific, on to the psychic life of the patient, families and careful. It approaches, still, concept of change psychic, demonstrating that, exactly that this change is only circumstantial, it determines new position front to behavior of doctor, what opens space so that the treatment if becomes efficient and gives consistency to the reached change, facilitating new treatments and characterizing, of this form, virtuous circle of enormous therapeutic value. It uses, to reach the considered objectives, the clinical descriptive method of three occurred "clinical facts" in the clinical professional experience of the author. It demonstrates as the technique of handling of setting was used in these "facts" with the objective to reach the psychic change, represented for the clinical improvement of the symptomatic that had given origin to the consultations of pediatrician. End considerate allow to conclude that the forms of intervention of pediatricians can be extended with the knowledge of this technique that has for bedding the theory evidenced in the literary composition of D. W. Winnicott, as well as in its practical pediatric and psychoanalytical with children.

Word-keys: Consultation of pediatrics; Handling of setting; Winnicott

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

I-INTRODUÇÃO.....	07
II-REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
1. BASES CONCEITUAIS E EVOLUÇÃO DA PEDIATRIA.....	11
1.1 Fatores sociais em pediatria.....	12
1.2 A evolução da puericultura.....	14
1.2.1 A higiene alimentar.....	16
1.2.2 A higiene mental.....	17
1.2.3 A higiene antiinfeciosa.....	18
1.2.4 A higiene física.....	20
1.2.5 A higiene odontológica.....	22
1.3 O desenvolvimento emocional da criança.....	24
1.3.1 O desenvolvimento emocional primitivo e o <i>holding</i>	25
1.3.2 O processo de integração e a busca do <i>self</i>	27
1.3.3 O papel da família no desenvolvimento individual.....	30
2. A CONSULTA DE PEDIATRIA.....	33
2.1 A importância da história na consulta de pediatria.....	36
2.2 O exame físico.....	38
2.3 A conduta médica.....	40
2.4 O <i>setting</i> na consulta de pediatria.....	42
2.4.1 A construção da interação médico-paciente.....	42
2.4.2 O <i>setting</i> pediátrico e seu manejo.....	47
3. A IMPORTÂNCIA DO <i>SETTING</i> TERAPÊUTICO.....	49
3.1 O <i>setting</i> analítico.....	49
3.2 O <i>setting</i> analítico de Winnicott.....	53
3.3 O manejo do <i>setting</i> analítico de Winnicott.....	55
3.4 O manejo do <i>setting</i> e o brincar.....	60
3.5 O manejo do <i>setting</i> e a situação de <i>holding</i>	61

3.6 Aspectos comuns dos <i>setting</i> analítico e do <i>setting</i> pediátrico.....	62
3.7 Outras considerações a respeito do <i>setting</i> e seu manejo.....	63
3.8 A observação de fatos clínicos no <i>setting</i>	64
3.9 A mudança psíquica em pediatria.....	67
III – OBJETIVOS.....	71
IV – MÉTODO.....	72
1. AMOSTRA.....	73
2. PROCEDIMENTO.....	74
3. AMBIENTE.....	76
V - RESULTADOS	77
VI – DISCUSSÃO.....	88
VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO.....	95
REFERÊNCIAS.....	98

I. INTRODUÇÃO

Há duas décadas não se imaginava que a medicina progrediria tanto, como tem feito nos últimos anos. Uma das grandes alavancas desse progresso foi, sem dúvida alguma, a alta tecnologia desenvolvida para que se tivesse acesso a métodos diagnósticos cada vez mais sofisticados e que se tornaram extremamente necessários na prática clínica.

No entanto, no que diz respeito às relações humanas, o progresso não ocorreu da mesma forma e na mesma velocidade. Os pacientes continuam requerendo a mesma atenção e o tempo de há duas décadas e os médicos, por sua vez e por diversos motivos, continuam mais preocupados com a doença, colocando-se à parte da questão da saúde.

Na pediatria, em particular, os pequenos pacientes, por serem dependentes de cuidadores, requerem um ambiente facilitador para que a comunicação entre os pais e o médico possa se estabelecer de forma adequada.

Essas reflexões foram baseadas na participação ativa da autora em vinte e seis anos de prática pediátrica e se associaram ao interesse e a necessidade de organizar os resultados da experiência e compartilhá-los com o leitor desse trabalho.

A observação, no decorrer desses anos, da evolução dos tratamentos permitiu questionar se a utilização do modelo biomédico de atendimento preenchia a expectativa que as crianças e seus cuidadores possuíam e, a partir daí, enveredar pela procura de soluções no modelo de intervenção biopsicossocial.

O contato com a obra de Winnicott proporcionou a autora identificar modelos de intervenção no manejo do *setting* e encontrar explicação para resultados que já havia obtido na prática clínica cotidiana.

Neste trabalho clínico, serão descritos “fatos clínicos”, nos quais houve intervenção da pediatra por meio de manejo do *setting* como facilitador de mudança psíquica e será realçada a importância do modelo Winnicottiano para aprimorar a intervenção que os pediatras podem fazer, ampliando assim a compreensão psicológica da prática clínica.

A relevância social do tema se evidencia no fato de que compreender os motivos e as queixas de crianças não é um trabalho fácil de ser executado, pois vários fatores são determinantes nessa questão, destacando-se os seguintes:

1. Os pacientes pediátricos são dependentes e, portanto, necessitam ser trazidos ao profissional de saúde por cuidadores que possam transmitir suas queixas, logo, estas sempre chegarão interpretadas. Essas interpretações podem ajudar ou dificultar o estabelecimento do diagnóstico;

2. Os cuidadores necessitam estabelecer uma relação de empatia com o pediatra, pois, se isto não ocorrer, o pequeno paciente não terá êxito na transmissão de suas queixas, na recepção do tratamento e na sua viabilização, uma vez que, por ser dependente, necessita que tudo seja resolvido por ele;

3. O pediatra necessita estabelecer, desde a primeira consulta, um adequado contato com o cuidador, que lhe permita ser visto como profissional a quem este possa confiar seu filho, parente ou, enfim, aquele que lhe é caro;

4. A criança precisa sentir que, enfim, cuidador e pediatra estão se entendendo e o efeito desse entendimento será o de haver alguma esperança de que ela seja compreendida e, talvez, até mesmo ajudada (Winnicott, 1984);

5. A criança e o cuidador necessitam estar convencidos de que o tratamento proposto é de fato um remédio que lhe aliviará o sofrimento e não encará-lo como “veneno” e, portanto, não utilizá-lo.

As questões aqui apresentadas constituem os principais desafios do *setting* da consulta pediátrica, cujo manejo pode provocar uma mudança positiva que permitirá obter como resultado a facilitação para que a tríade criança- cuidador - pediatra possa ter sucesso no seu intento maior que é descobrir qual é o sofrimento da criança e a melhor forma de aliviá-lo.

Em síntese, a relevância científica e social do tema se evidencia na hipótese central de que, através da obra de Winnicott, podem-se descrever modelos de manejo do *setting* facilitadores de mudança psíquica na consulta de pediatria.

O presente estudo, localizado em um ponto de interseção entre a pediatria e a psicanálise, está estruturado em capítulos e estes em subtítulos, devidamente articulados, para facilitar a sua compreensão sistêmica.

Assim, o capítulo I é composto pela presente introdução, ressaltando o que de mais importante compõe o presente estudo.

No capítulo II, subtítulo 1, são expostas as bases conceituais e a evolução da pediatria, com destaque para a posição da pediatria como ramo da medicina que não se ocupa de órgão, aparelho ou sistema específico, mas se ocupa de um paciente específico: a criança. Ainda nesse subtítulo, são analisados os fatores sociais envolvidos na saúde da criança e em seus agravos. Na seqüência, descreve-se o ramo preventivo da pediatria, a puericultura, com sua evolução histórica e seus aspectos básicos ligados à higiene alimentar, higiene mental, higiene antiinfeciosa, higiene física e higiene odontológica. Finalmente, são desenvolvidas questões ligadas ao desenvolvimento emocional da criança, especialmente quanto ao desenvolvimento emocional primitivo e o ambiente de *holding*, quanto ao processo de integração e busca do *self* e, quanto ao papel da família no desenvolvimento individual da criança.

Ainda no capítulo II, subtítulo 2, são tratadas as questões relativas à consulta de pediatria. Aspectos relevantes, como as características do local de atendimento, a postura do pediatra, a importância da história e o exame físico adequado, são ressaltados. Merece destaque, também, a forma como o profissional expõe a conduta médica a ser adotada, em que se salienta a necessidade de comunicação clara e efetiva com o pequeno paciente e seus familiares, no sentido de bem caracterizar a importância de um *setting* bem constituído. São discutidas, finalmente, as questões ligadas ao *setting* pediátrico e seu manejo.

Já o subtítulo 3 do mesmo capítulo apresenta a importância do *setting* terapêutico, iniciando pela descrição do *setting* analítico de Freud, ilustrado por alguns casos por ele atendidos e suas recomendações sobre o tema. Ainda nesse subtítulo, descreve-se o conceito de *setting* para diversos autores, assim como o *setting* analítico de Winnicott e seu manejo, na perspectiva de sua função de *holding*. Descrevem-se, também, os aspectos comuns do *setting* analítico e do *setting* pediátrico, relativamente à estruturação e manejo e a aplicação desse conceito na clínica fonoaudiológica. Finalmente, expandem-se considerações teóricas acerca de fatos clínicos e de mudança psíquica, em especial, a obtida por meio do manejo do *setting* na consulta de pediatria.

No capítulo III, são definidos os objetivos do presente trabalho, quais sejam, a descrição de “fatos clínicos” em que a autora utilizou intervenção por meio do manejo do *setting* como facilitador de mudança psíquica em consultas de pediatria e a demonstração da importância da clínica do *self* de Winnicott no aprimoramento da intervenção dos pediatras, levando em conta a compreensão de processos psicológicos de seus pacientes.

No capítulo IV, é apresentado o material e método da pesquisa, caracterizada por ser um estudo clínico descritivo de “fatos clínicos”, ocorridos na experiência profissional da autora, que neles atuou por meio de manejo do *setting*. São descritos o procedimento, a amostra e o ambiente do método utilizado no trabalho descritivo.

No capítulo V, são descritos três “fatos clínicos” e as intervenções feitas por meio do manejo do *setting* com o objetivo de alcançar a mudança psíquica, representada pela melhora clínica dos fatos que originaram as consultas.

O capítulo VI apresenta a discussão acerca dos “fatos clínicos” apresentados, à luz do referencial teórico trazido ao estudo.

Já o capítulo VII apresenta as considerações finais acerca dos “fatos clínicos” que foram descritos e discutidos nos capítulos anteriores. Mostra também, como conclusão, que o manejo do *setting* pode intervir para a mudança psíquica, representada pela melhora clínica dos sintomas apresentados nos “fatos clínicos” relatados. Finalmente, apresenta como proposta novo estudo, com característica longitudinal, para avaliar o efeito da intervenção por meio do manejo do *setting* em casos clínicos para se obter mudança psíquica.

II. REFERENCIAL TEÓRICO

1. BASES CONCEITUAIS E EVOLUÇÃO DA PEDIATRIA

A Pediatria é o campo da medicina que atende aos problemas específicos da criança, ou seja, do ser humano, desde a fecundação até a puberdade. Essa atividade é desenvolvida por intermédio de dois processos que se complementam: a clínica pediátrica ou pediatria curativa, que cuida da restauração da saúde momentaneamente afetada e a puericultura, que cuida da manutenção das condições de normalidade da saúde da criança. Ao contrário das chamadas especialidades médicas, a pediatria não se ocupa exclusivamente de um órgão, aparelho ou sistema específico, mas se ocupa de um tipo de paciente: a criança.

No dizer de Alcântara (1994), a assistência à criança precede a fecundação, através de três processos preventivos:

1. Higiene pré-concepcional, que consiste na seleção e no aconselhamento genético e tratamento de doenças em um ou em ambos os futuros pais, para preservar a higidez do futuro ser;

2. Higiene pré-natal, que consiste na prevenção e tratamento de doenças maternas, durante a gravidez;

3. Higiene natal, que consiste na assistência à criança no momento do nascimento.

Esses três processos são vitais e seus acertos ou erros decisivos para a assistência pós-natal.

Em uma gestação considerada normal, a criança que conta com adequado equipamento genético vive em condições de segurança bastante favoráveis: inércia respiratória, digestiva, de absorção intestinal, de eliminação, de termoregulação; limitação de movimentos e grande proteção contra traumas físicos. Com o nascimento, a criança mantém o mesmo impulso vital, encontrando, no entanto, condições mais adversas. Aparece aí a necessidade de adaptação de funções, até então em estado inercial, a essas condições adversas. Segundo o mesmo autor, essa adaptação pode se esquematizada da seguinte forma:

1. Função nutritiva, que estava presente na vida uterina no tocante ao metabolismo celular, mas que fica inoperante até o nascimento, quanto à digestão, absorção e eliminação;

2. Psiquismo, que tem no componente afetivo a sua principal vulnerabilidade, após o nascimento, em função de eventuais dificuldades no desenvolvimento emocional, decorrentes da condição do ambiente;

3. Função imunitária, presente no nascimento apenas na forma de imunidade inespecífica, proporcional à sua resistência constitucional e de imunidade específica passiva transplacentária e transitória para algumas infecções;

4. Ambiente físico, inalterado na vida intra-uterina, apresenta variações bruscas, intensas e freqüentes quanto à temperatura, umidade, ventilação, luminosidade, entre outros;

5. Oportunidades de acidentes, para os quais, no início da vida, a criança é totalmente despreparada.

A essas cinco dificuldades iniciais de adaptação, pode-se agregar uma outra resultante de herança desfavorável, incidente mórbido no período gestacional ou acidente no parto. Esta última dificuldade, intitulada “debilidade constitucional congênita”, afeta adversamente uma ou mais capacidades funcionais, somando seus efeitos a uma ou mais dificuldades anteriores.

1.1 Fatores sociais em pediatria

Vistas as dificuldades adaptativas iniciais, convém, neste momento, analisar os fatores sociais favoráveis, que contribuem de forma positiva na manutenção da saúde da criança (MARCONDES, YUNES, MASCARETTI, LEONE e SCHVARTSMAN, 1994) e que podem ser divididos em individuais, familiares e comunitários.

Dentre os fatores favoráveis individuais, pode-se citar a gestação de termo; o peso adequado ao nascer; a amamentação pelo menos até os dois anos de idade; a imunização adequada à faixa etária; a puericultura profilática e preventiva; o desenvolvimento neuropsicomotor dentro dos parâmetros normais; a estimulação adequada; a educação básica e secundária como fator de desenvolvimento intelectual e cultural; a segurança e oportunidades de socialização, assim como moradia e meio ambiental adequados ao crescimento e desenvolvimento da criança.

Em relação aos fatores sociais favoráveis familiares, pode-se relacionar planejamento familiar; empregabilidade e salários satisfatórios dos pais que

proporcionem boas condições econômicas e manutenção dos lares; acesso à nutrição, saúde, educação, segurança, lazer, cultura, moradia e ambientes propícios ao desenvolvimento da criança. O acompanhamento das fases de desenvolvimento dos filhos, com permanente interferência da mãe, mostra a fragilidade psicobiológica inicial da criança, que vai se desenvolvendo, mas que nunca se completa acompanhando-a por toda vida (WINNICOTT *apud* MELLO FILHO, 1995).

Ainda entre os fatores favoráveis, podem ser citados os comunitários e, dentre eles, as boas condições de educação e trabalho; os serviços de saúde acessíveis e adequados; as boas condições ambientais e de moradia com saneamento básico adequado; as oportunidades de lazer e cultura e as boas condições de alimentação, com oferta satisfatória de nutrientes, além da existência de redes eficazes de apoio social e à saúde.

Fatores individuais, familiares e comunitários desfavoráveis tendem a diminuir diretamente as condições de saúde da criança ou favorecer o aparecimento do agravo à mesma (MARCONDES *et al*, 1994).

Em relação aos fatores individuais desfavoráveis, pode-se colocar em evidência a prematuridade; o baixo peso ao nascer; o aleitamento materno insuficiente com desmame precoce; a desnutrição primária ou decorrente de doenças crônicas; as doenças genéticas; as hereditárias; as infecções de repetição; os distúrbios emocionais, decorrentes de fatores próprios ou interligados à criança, como, por exemplo, a baixa estimulação.

Quanto aos fatores familiares desfavoráveis que podem afetar à criança, podem-se citar condições socioeconômicas deficientes, em que o desemprego dos pais, atualmente presente em grande número de lares, afeta as condições de alimentação; comportamentos inadequados em relação à saúde; deficiência de condições de educação e acesso ao desenvolvimento cultural; isolamento social; mau relacionamento dos pais, gerando conflitos de comunicação com possível rompimento do vínculo familiar; doenças crônicas ou mentais dos pais ou irmãos; alcoolismo familiar; ou, ainda, AIDS e morte de parentes.

Dentre os fatores desfavoráveis comunitários, citam-se os recursos de saúde deficientes que prejudicam a adequação de condições de medicina preventiva e curativa; a rede de apoio social deficiente na integração, organização e

sistematização dos setores responsáveis; a insuficiente oferta de empregos com as repercussões já citadas; as políticas econômicas que não atendem à realidade das classes mais necessitadas; a poluição ambiental; a utilização inadequada de veículos de comunicação de massas, dentre eles, a televisão, que, por ser muitas vezes o único recurso de informação e lazer, poderia ser mais responsável e mais útil na difusão de cultura e informação adequada. Por fim, mas sem esgotar todos os itens, deve ser citada a violência a que a criança vem sendo exposta, nem sempre com alarde, muitas vezes silenciosa, por vezes oculta, indiscriminada ou discriminatória, nos lares, nos faróis, nas ruas, nas instituições.

Essa classificação, ao situar os fatores sociais, permite que o pediatra se defina quanto às características da população e às necessidades de suas ações. Embora os três níveis de ação estejam interligados, na medida em que eles se afastam da ação direta sobre a criança, a tendência é a ação do pediatra se tornar mais complexa e difícil, porém mais coerente com a possibilidade de obter resultados concretos e duradouros (MARCONDES *et al*, 1994).

1.2. A evolução da puericultura

Conhecida como vertente preventiva da pediatria, a puericultura vem conseguindo avanços significativos nos últimos anos. De acordo com Blank (2003), a puericultura representava até meados do século XIX nada mais do que um conjunto de técnicas sobre cuidados de higiene, nutrição e disciplina, transmitido informalmente, em ambiente familiar, entre as sucessivas gerações e sempre carregado de mitos e tabus.

A pediatria, gradativamente, transformou-a em ciência verdadeira, com abrangência muito mais ampla. O resultado desse processo foi tão significativo, que hoje se estima que grande parcela da atividade do pediatra esteja voltada para a área preventiva, que inclui desde a assistência pré-natal até os cuidados ao final da adolescência.

Nos últimos dez anos, pesquisas demonstraram a necessidade cada vez maior de intervenções preventivas, firmando-se, portanto, o caráter científico da puericultura, em um momento de transição em que ela deixa de ser prática

exclusivamente médica e passa a ser multiprofissional e em parceria com famílias e comunidades.

Sem embargo, o modelo tradicional de atendimento pediátrico já não pode dar conta de um trabalho voltado à assistência integral à saúde da criança. Toda a questão social envolvida nos agravos à saúde da criança, conforme anteriormente exposta, deve merecer intervenção de caráter sistêmico, com o envolvimento necessário de outras pessoas e outros profissionais. O projeto *Bright Futures* desenvolvido pelo *U.S. Bureau of Maternal and Child Health (2002, apud BLANK 2003)* sugere para a puericultura uma estrutura vertical dentro dos serviços de saúde, com o envolvimento de todo o pessoal técnico e pessoal auxiliar e ainda com uma conexão horizontal, alcançando programas comunitários de creches, escolas, associações comunitárias, igreja e outros serviços públicos. O pediatra seria, segundo a visão dessa entidade, o profissional responsável pela coordenação dessa rede de proteção à saúde da criança, em razão de sua capacidade de atuar em todo o espectro de cuidados à saúde, desde o diagnóstico até as mais diversas formas de tratamento. Contudo, ainda conforme Blank, há uma deficiência na formação do pediatra para a prática de uma medicina preventiva. Pesquisas têm demonstrado que enfermeiros investem mais tempo do que os médicos no trabalho de promoção à saúde.

Apesar da pouca produção científica sobre o tema, a puericultura ainda dominará por muito tempo o *setting* pediátrico, em razão da satisfação e apoio dos pais e, nessas circunstâncias, a possibilidade de manejo do *setting* com relação aos pais na consulta de puericultura deve estar sendo constantemente avaliada. O pediatra deve buscar o adequado diagnóstico da saúde da criança, dentro de seu micro ambiente e de seu contexto familiar e social. Para tanto, deve aprimorar uma característica essencial: a comunicação. Há uma série de perguntas que podem e devem ser feitas pelo médico para fazer esse diagnóstico e que deverá ser respondida pelos pais, dentro da situação de manejo, podendo-se, apenas como exemplo, citar:

- Que preocupações você gostaria de me contar hoje?
- Ocorreu alguma mudança importante na família, desde nossa última consulta?

- Como vocês estão se relacionando em família?
- Como está a comunicação entre vocês?
- O que Fulano (a criança) tem feito de novo?

São perguntas simples e diretas que podem ser feitas no contexto de um diálogo mais amplo, mas que fornecem dados valiosos para a compreensão da saúde global da criança (BLANK, 2003).

A puericultura, dentro da vertente preventiva e de promoção à saúde envolve aspectos relacionados à higiene alimentar, higiene mental, higiene antiinfecçiosa, higiene física e higiene odontológica.

1.2.1 A higiene alimentar

A higiene alimentar deve ser vista como:

Um conjunto de meios e recursos, cuja finalidade é a de garantir a ingestão, pela criança, de dieta adequada a seu crescimento e desenvolvimento, no que diz respeito tanto a seus aspectos quantitativos, como ao modo de apresentação e administração, respeitando o seu desenvolvimento neuropsicomotor, de acordo com a faixa etária, com ênfase especial na sua sociabilidade, isto é, sua integração progressiva num setor de conduta. Constitui-se em verdadeiro corpo de doutrina, que ocupa situação de grande relevância na assistência à criança, contribuindo decisivamente para que esta possa, ao atingir a adultícia, ter realizado, em grau máximo, sua potencialidade genética, tornando-se física e mentalmente sadia, socialmente adaptada, útil à comunidade e feliz (PENNA; LIMA; BRESSOLIN; ISSLER; SLYWITCH; SCHVARTSMAN 1994, p.79).

Para os autores, a nutrição é um dos principais responsáveis pela saúde durante toda a vida e tem ainda maior importância nos primeiros anos de vida. Ela está intimamente ligada a aspectos de crescimento e desenvolvimento físico, psíquico, intelectual, emocional e social, não podendo ser analisada isoladamente,

assim como também não se pode analisar qualquer problema de desenvolvimento em qualquer área sem levar em conta aspectos nutricionais.

O pediatra ante a higiene alimentar deve entender que suas intervenções nesse campo se refletem na existência da criança como um todo, lembrando ainda que a alimentação é um poderoso meio de contato com o mundo. A conduta alimentar pode desencadear sensíveis desequilíbrios de ordem emocional, assim como situações emocionais vividas com muita ansiedade podem afetar o setor alimentar, desorganizando-o.

1.2.2 A higiene mental

Já a higiene mental pode ser entendida como o campo do psiquismo em que as áreas emocional, intelectual e social se interligam e podem ser avaliadas. Muitos fatores interagem entre si para a formação do que podemos chamar de um psiquismo adequado. Podem-se citar, entre eles, fatores orgânicos, hereditários, culturais, sociais e, ainda, ambientais. Portanto, pode-se dizer que a ação da higiene mental ocupa parte importante na totalidade do desenvolvimento infantil, unindo-se à ação dos cuidados físicos, anti-infecciosos e nutricionais e, também, aos cuidados pré-natais, obstétricos e pós-natais da criança.

Segundo Machado (1994), a higiene mental não visa apenas evitar a doença mental ou o desequilíbrio psicológico, mas busca promover um nível mais adequado de saúde. As suas ações pretendem alcançar um equilíbrio entre as necessidades básicas da criança e o ambiente onde ela vive nas diversas etapas do seu desenvolvimento.

No campo das necessidades afetivas, a primeira e mais importante é, sem dúvida, receber amor, ou seja, relacionar-se intimamente com outra pessoa que desejou o seu nascimento, que a protege, que entende os seus sentimentos e que procura satisfazer suas necessidades. Normalmente, esse primeiro vínculo é sempre feito com a mãe ou com quem a substitua nessas funções. Outra necessidade afetiva que deve ser satisfeita, segundo o autor, é a de aceitação, inicialmente, pelo próprio grupo familiar e depois pelos diversos grupos e pessoas com quem a criança vai se relacionar.

A necessidade de aprovação também é de grande importância no contexto da higiene mental e está sempre relacionada a atos ou situações vividas pela criança e tem como consequência natural a elevação da auto-estima que fortalece o núcleo central da sua personalidade. O autor considera a aprovação social um poderoso instrumento de seleção das habilidades e de progresso no desenvolvimento da criança, pois delimita, para ela, aquilo que é socialmente desejável ou adequado.

Outra necessidade fundamental é a de proteção, não só com relação a agravos traumáticos previsíveis, mas também no que diz respeito à sua fase evolutiva, não se exigindo o que ela não pode fazer e valorizando aquilo que ela já pode realizar.

Uma outra necessidade, que se contrapõe à anterior, é a de independência e o delicado equilíbrio entre ambas vai sendo alterado em função do desenvolvimento da criança. Quando pequena, prevalece a necessidade de proteção, sendo que a independência ocorrerá de forma crescente até atingir o seu ponto máximo na adolescência.

Uma última necessidade da criança descrita por Machado é a de aprender os limites de seus poderes, compreendendo a realidade que a cerca e percebendo as regras da sociedade em que vive. Se o grupo social como um todo e, mais especificamente, o grupo familiar atende a maior parte dessas necessidades, provavelmente a criança se desenvolverá segura e terá auto-imagem favorável e realista, o que significa que estruturará a sua personalidade de forma harmoniosa e com recursos suficientes para autodefesa, quando em contato com situações de frustração, tensão ou agressão.

1.2.3 A higiene antiinfeciosa

A higiene antiinfeciosa tem por fundamento fornecer à criança condições de defesa contra agressões exógenas e endógenas, através do fortalecimento de sua imunidade. Segundo Oselka, Levi e Naspitz (1994), na medicina moderna, grandes campos da imunologia são muito bem estudados, ressaltando-se aqueles ligados às

doenças de hipersensibilidade, às doenças de imunodeficiência, à imunogenética, à imunologia dos tumores, à imunologia dos transplantes, entre outros.

Didaticamente, o processo de imunização, dentro da higiene anti-infecciosa, pode ser dividido em imunização ativa e imunização passiva.

A imunização ativa decorre da administração de vacinas, cujo início é determinado pelos seguintes fatores;

1. Maturidade do sistema imunológico: a criança tem competência para responder à imunização, salvo poucas exceções, praticamente a partir do nascimento, embora o seu sistema imunológico só esteja completamente desenvolvido bem mais tarde;

2. Imunidade passiva transmitida por via transplacentária: oferece à criança resistência à doença em questão, entretanto, pode interferir no sucesso da eventual imunização realizada nesse período (Exemplo: sarampo);

3. Incidência de doença no local e época onde se realiza a vacinação: pode determinar início precoce da vacina, durante uma epidemia.

As vacinas administradas normalmente, no processo de imunização ativa, que se encontram disponíveis no momento são:

- Vacina contra a Poliomielite;
- Vacina contra o Sarampo;
- Vacina contra a Caxumba;
- Vacina contra a Rubéola;
- Vacina contra a Tuberculose;
- Vacinas contra a Difteria e o Tétano;
- Vacina contra a Coqueluche;
- Vacinas contra a Hepatite "A" e Hepatite "B";
- Vacinas contra a Meningite "A" e "C";
- Vacina contra Hemófilo "B";
- Vacina contra Pneumococos;

- Vacina contra Varicela.
- Vacina contra Rotavírus.

A imunização passiva decorre da administração de imunoglobulina humana, fração de plasma que contém anticorpos para certas doenças infecciosas. Segundo os autores, a utilidade das imunoglobulinas na prevenção e tratamento está relacionada a três grupos principais de doenças:

1. Doenças em que as imunoglobulinas não têm utilidade comprovada, citando-se como exemplos: a Caxumba e as Infecções Virais das Vias Aéreas Superiores;

2. Doenças em que as imunoglobulinas têm utilidade duvidosa, citando-se como exemplos: a Rubéola e a Hepatite “B”;

3. Doenças em que as imunoglobulinas têm utilidade comprovada, citando-se como exemplos: a Hepatite “A” e o Sarampo.

Fazem, também, parte do sistema de imunização passiva os soros antitóxicos que são obtidos a partir do soro de cavalo hiperimunizado, caracterizando, portanto, materiais heterólogos, que podem provocar, com a sua administração, reações do tipo anafilático. Os soros mais comuns encontrados em nosso meio são o antidiftérico, o antitetânico, o anti-rábico, o antigangrenoso e os antipeçonhentos, antiofídicos e antiaracnídeos.

1.2.4 A higiene física

A higiene física, do ponto de vista da puericultura, inclui dois grandes grupos de ações voltadas para a promoção da saúde: a higiene física ambiental e a higiene física individual.

A higiene física ambiental diz respeito à melhoria das condições ambientais de vida, dentro das possibilidades de cada família, tendo por objetivo a saúde da criança e do adolescente.

Para Conceição, Hayashi, Quarentei e Alcântara (1994), dentre as medidas relacionadas ao ambiente, despontam como mais importante aquelas

ligadas à habitação. A edificação de uma habitação saudável deve se feita em local não sujeito a enchentes, preferencialmente em terreno plano, com uso de materiais condizentes com as condições climáticas e deve ser protegida contra a umidade e entrada de animais. Deve, também, estar em local servido por rede pública de água e esgoto, energia elétrica e sistema de coleta de lixo. Para os mesmos autores, a distribuição interna da habitação deve prever dois conjuntos de áreas, sendo um deles composto por cozinha e sanitários e o outro por dormitórios e sala de estar.

O dormitório, por ser o ambiente onde a criança de pouca idade passa a maior parte do tempo, deve se constituir no ambiente mais salubre da casa. A criança deve dormir em berço individual, podendo, nos primeiros meses de vida, permanecer esse berço no quarto dos pais. Em nenhuma hipótese, é aconselhável a permanência da criança na mesma cama dos pais, seja qual for a sua idade.

O quintal é o espaço ambiental que permite o exercício da atividade lúdica, eventualmente em companhia de outras crianças, atuando, assim, na linha da socialização da criança. É o local, ainda, em que ela toma sol e entra em contato com elementos da natureza como a terra e a água. Por essas razões, adquirem fundamental importância as condições de higiene da casa como um todo e do quintal, que devem se mantidos sempre limpos, com o objetivo de eliminar qualquer espécie de contaminação e agravos físicos.

A higiene física individual representa a satisfação de necessidades de ordem puramente física e antecedem as necessidades de cunho afetivo. Segundo os autores, essas necessidades estão relacionadas aos seguintes fatores:

- Sono e repouso: com distribuição adequada entre horas de atividade e de descanso, levando sempre em conta a idade da criança;

- Asseio corporal: com banho diário, vestuário adequado para proteção, mobilidade e conforto térmico, limpeza correta e corte de cabelos e unhas;

- Vida ao ar livre: com banhos de sol em horários adequados, passeios ao ar livre e, após doze meses de vida, brincadeiras, sempre que possível junto ou com outras crianças da mesma faixa etária;

- Exercícios físicos: com adequação da atividade física à idade, inicialmente com exercícios passivos nos seis primeiros meses de vida e alcançando exercícios de alto nível de complexidade na idade puberal.

1.2.5 A higiene odontológica

A higiene odontológica representa parte dos cuidados relativos à saúde bucal, envolvendo dois tipos de dentição: a decídua e a permanente. Segundo Ando e Friggi (1994), a dentição decídua ou temporária é composta por vinte dentes e se completa por volta dos vinte e quatro meses. Ela é substituída pela dentição permanente a partir dos cinco anos e meio, completando-se o processo de substituição por volta dos doze ou treze anos.

Segundo os autores citados, inúmeros conhecimentos têm sido produzidos nas últimas décadas no campo da odontopediatria preventiva e os métodos utilizados na atualidade levam em conta três aspectos:

1. Redução da patogenia bacteriana;
2. Redução do potencial cariogênico dos alimentos;
3. Aumento da resistência dos dentes.

A redução da patogenia bacteriana é alcançada por dois tipos de medidas:

- Medidas mecânicas: com a utilização de escovação eficiente, utilização de fio dental e outros procedimentos como o jato d'água, com ou sem bicarbonato, visando reduzir os depósitos bacterianos que se formam nas superfícies dos dentes;

- Medidas químicas: com a utilização de substâncias químicas antibacterianas que também teriam a finalidade de evitar a formação das placas bacterianas. Os agentes químicos que podem operar dessa forma estão sendo bastante pesquisados, tendo em vista a insuficiência da escovação feita por crianças, o que normalmente leva à formação da cárie dental e a processos de doença periodontal.

A redução do potencial cariogênico dos alimentos está ligada aos aspectos básicos da nutrição da criança e inclui a redução do consumo de sacarose, o que não significa a proibição de ingestão de doces, mas apenas a sua diminuição, a partir do planejamento de uma dieta equilibrada. Eventualmente, uma dieta não equilibrada pode estar associada a algum desajuste familiar, devendo o profissional de saúde estar atento a esse fato.

O aumento da resistência dos dentes pode ser conseguido através da melhoria da mineralização da superfície do esmalte com a utilização de flúor.

É importante lembrar que o problema dental na infância decorre de cuidados insuficientes para com os dentes e de alimentação inadequada, fatores não controlados pela criança, cabendo, pois, aos pais ou cuidadores essa responsabilidade, em razão do que deverão ser sempre orientados pelos profissionais de saúde.

Como foi dito, todo esse trabalho preventivo requer envolvimento do pediatra com a criança e sua família. Blank (2003) afirma que nunca houve uma definição quanto ao número de consultas de supervisão de saúde, talvez pela dificuldade de se realizar estudos a respeito. Há entidades que emitem recomendações a respeito como a *American Academy of Pediatrics*, citada pelo autor, que aumentou o número de consultas de catorze para vinte e oito, no período compreendido entre o nascimento e os vinte e um anos de idade, excluindo-se a consulta pré-natal. Um outro organismo citado, o *Institute for Clinical Systems Improvement* definiu protocolo com intervenções discriminadas e número de consultas variando entre dez e doze, para o mesmo lapso temporal. Já o *Rouke Baby Record*, desenvolvido no Canadá, recomenda um protocolo de atendimento que inclui de oito a dez consultas na faixa etária que vai do nascimento até os cinco anos de idade. No Brasil, não há nenhum protocolo definido, ficando a cargo do pediatra o número e a época das consultas.

Nessa linha, Blank é categórico ao afirmar que:

Ao planejar o calendário de puericultura que melhor se adapte ao seu contexto, o pediatra precisa lembrar que a atenção à saúde deve ser personalizada. Os procedimentos devem ser adaptados às necessidades da criança e/ou da família, dependendo de fatores de risco e resiliência e, evidentemente, da estrutura e recursos do serviço de saúde. Todo protocolo deve ser flexível, permitindo que determinadas circunstâncias indiquem a necessidade do aumento do número de consultas. Por outro lado, a ausência de fatores de alto risco ou a presença de trunfos específicos pode determinar uma diminuição do número de consultas, transferindo uma maior parte da

responsabilidade aos pais ou às iniciativas da comunidade. Em todo o caso, à luz do conhecimento atual, não há justificativa para a manutenção dos sistemas tradicionais de consultas mensais, com aferição sistemática de peso e estatura, em detrimento de outras medidas de promoção da saúde (BLANK, 2003, p. S16 e S17).

Todo o conteúdo aqui apresentado é essencial para a promoção da saúde da criança e as medidas propostas devem ser exaustivamente buscadas pelo pediatra, inclusive com intervenções por meio do manejo do *setting* na consulta de pediatria, cujos aspectos básicos serão expostos no subtítulo seguinte.

1.3 O desenvolvimento emocional da criança

Na linha da promoção geral da saúde da criança e da prevenção das doenças, proposta pela puericultura, atenção especial deve ser dada ao seu desenvolvimento emocional, especialmente nos primeiros estágios de desenvolvimento. Winnicott (2005) propõe quatro razões para que essa atenção seja efetiva. Primeira: os profissionais de saúde, em função de eventual necessidade de interferir no relacionamento mãe-criança por conta de anormalidades físicas da criança, devem conhecer a realidade em que estão interferindo. Segunda: assim como o estudo físico da criança tem proporcionado recompensas nos últimos anos, é possível que o conhecimento do desenvolvimento emocional traga resultados ainda mais ricos. Terceira: uma boa proporção de mães e pais, em função de doenças sociais, familiares e pessoais, não consegue fornecer às crianças condições suficientemente boas à época do nascimento, esperando-se dos profissionais de saúde que eles possam entender, tratar ou mesmo prevenir esses distúrbios. Quarta: é muitas vezes possível detectar e diagnosticar distúrbios emocionais na infância e até mesmo no primeiro ano de vida, possibilitando assim o tratamento no início dos seus sintomas.

Segundo o autor, há uma tendência inata ao desenvolvimento emocional, que acompanha o desenvolvimento cronológico da criança. Na ausência de condições suficientemente boas, esse crescimento natural pode não ocorrer,

existindo alguma dificuldade para o profissional de saúde estabelecer quais são essas condições em cada caso específico.

No primeiro ano de vida, a criança progride da dupla dependência à dependência e desta à independência, como expressão da tendência inata de desenvolvimento e como tarefa desempenhada de forma adequada pela mãe que costuma ser a pessoa mais apropriada para desempenhar essa função.

1.3.1 O desenvolvimento emocional primitivo e o *holding*

Na visão winnicottiana, há três processos que acompanham o desenvolvimento do bebê: a integração, a personalização e a adaptação à realidade, que atuam de forma interdependente, até mesmo com superposição, mas não se consolidam ao mesmo tempo, caracterizando aquisições da pessoa nunca plenas, acompanhando sempre o desenvolvimento de cada um.

A integração não é algo que possa ser garantido, mas, bem ao contrário, é algo que deve ser gradualmente desenvolvido na criança, não se tratando apenas de processos neurofisiológicos, já que, para esses processos ocorrerem, há necessidade de certas condições ambientais providas pela própria mãe. É algo que vai além, a partir de um estado primário não integrado. Embora os processos de maturação permitam que se caminhe para a formação de unidade, é por meio do *holding* materno que a criança se sente integrada em si mesma e começa a experimentar a diferenciação com o ambiente. A experiência da integração começa no processamento das experiências pulsionais agudas, que transmitem à criança a sensação de unidade, a partir de seu interior e nos cuidados maternos – manipular, ninar, nomear, banhar - que lhe transmitem noção de coesão (WINNICOTT, 1982). As falhas muito grosseiras e constantes da função de *holding* podem provocar na criança desconfortos que se assemelham a sentimentos de desintegração, com sensação de despedaçamento, de desconexão entre as partes do corpo, de estar caindo em um abismo. A essas vivências, Winnicott chamou de angústia de aniquilamento, que são comuns em pacientes psicóticos ou fronteirços, nos quais a sensação de desintegração e ameaça de caos são os principais sintomas. Tais falhas da função “mãe suficientemente boa” podem provocar na criança diversas

alterações, como transtornos digestivos, distúrbios do sono ou mesmo forte agitação, quadros esses que podem se manifestar em outras épocas da vida (MELLO FILHO, 2001).

A personalização é outro processo tão importante quanto à integração, pois permite ao bebê desenvolver o sentimento de estar dentro de seu próprio corpo. Experiência pulsional e experiências de cuidado corporal, sempre repetidas de forma tranqüila, constroem o que pode ser chamado de personalização satisfatória. A despersonalização ocorre como fenômeno psicótico em razão de retardos iniciais da personalização e, como fenômeno comum, em adultos e crianças, em sono profundo e ataques de prostração com palidez cadavérica. Nesse estado, eles parecem que estão a quilômetros de distância (WINNICOTT, 2000).

O terceiro processo presente no desenvolvimento do bebê é a adaptação primária à realidade externa. Winnicott (2000) descreve o fenômeno no contexto do relacionamento do bebê com o seio materno, tendo o bebê impulsos instintivos e idéias predatórias e a mãe o seio, a capacidade de produzir leite e a idéia de que gostaria de ser atacada por um bebê faminto. Esses fenômenos não se vinculam até que mãe e bebê vivam uma experiência conjunta. A mãe, por sua posição, pode compreender e tolerar, produzindo, portanto, uma situação que caracterize o primeiro vínculo estabelecido pela criança com o objeto externo, ou melhor dizendo, externo ao “eu” do ponto de vista do bebê. Esse processo, segundo o autor, pode ser comparado a duas linhas originárias de direções opostas que podem provocar um momento de ilusão ao aproximarem-se. Nesse momento, o bebê pode considerar a experiência de duas formas: alucinação sua ou objeto pertencente à realidade externa.

Em outros termos, quando o bebê está faminto, fica pronto para alucinar algo que possa ser atacado e, nesse exato instante, aparece o bico do seio que pode ser sentido como o objeto da alucinação. As suas idéias são enriquecidas pela visão real, cheiro e sensação e, no próximo episódio de fome, esses detalhes serão usados na construção da sua alucinação. Dessa forma, ele começa a construir a capacidade de conjurar o que está de fato ao seu alcance e a mãe deve continuar fornecendo ao bebê esse tipo de experiência, processo esse que é bastante simplificado quando o bebê é cuidado por uma única pessoa.

O papel da mãe é dar continuamente aquele pedaço de mundo e, através dela, fazê-lo ter conhecimento, sendo que a percepção objetiva da realidade e o

pensamento científico só podem ocorrer com base nesse tipo de fundação. Toda a falha na objetividade de exame do mundo externo ocorrida em qualquer época decorre de falha nesse estágio do desenvolvimento primitivo.

A essa aceitação da realidade externa, segue-se a vantagem que dela deriva, ou seja, a realidade externa impondo frustrações verdadeiras, mas, ao mesmo tempo, provocando alívio e satisfação. O leite real pode ser mais satisfatório que o leite imaginário, mas, na fantasia, tudo funciona de modo diferente, sem freios, mágico e o amor – ódio tem sempre conseqüências alarmantes. Já a realidade externa tem freios e pode ser estudada e conhecida e o impacto da fantasia pode ser suportado, quando a realidade é levada em conta. *“O subjetivo é tremendamente valioso, mas é tão alarmante e mágico que não pode ser usufruído, exceto enquanto um paralelo ao objetivo”* (WINNICOTT, 2000, p.228).

1.3.2 O processo de integração e a busca do *self*

Winnicott (2005) propõe a existência de parceria entre mãe e bebê e de uma identificação dela com o filho desde a gravidez, situação em que a criança é associada à idéia de objeto interno, gerando uma série de fantasias, inclusive de cunho persecutório, mas, ao mesmo tempo, fazendo com que a mãe consiga desviar a atenção do seu próprio *self* para o bebê. A essa atitude, o autor deu o nome de “preocupação materna primária” e a identificação por ele proposta vai desde a fase que antecede ao nascimento até os primeiros meses de vida.

Com efeito, para alcançar o verdadeiro *self*, há necessidade da presença de uma mãe “suficientemente boa” que permita à criança iniciar o seu processo de desenvolvimento pessoal e real. Se não houver uma maternagem adequada, a criança pode tornar-se um acumulado de reações à violação e esconder-se atrás de um falso-*self*.

Em verdade, a realidade vivida pela criança, no início de seu desenvolvimento, ainda não permitiu distinguir o “não-eu” e dessa forma reconhecer a existência do “eu”, sendo a identificação com a mãe o seu ponto de partida nesse processo. A rigor, não há uma identificação verdadeira, até porque não há reconhecimento de objeto externo ao *self*, não havendo sequer um *self* formado na criança, devendo ele ser considerado apenas em estado potencial, porém, as memórias e expectativas começam a formar-se e acumular-se na vigência de um

ego forte da criança apoiado pelo ego da mãe. Durante os estágios iniciais, o verdadeiro *self* apresenta-se apenas na condição de posição teórica, da qual decorrem a espontaneidade e as idéias pessoais, sendo o gesto espontâneo o próprio *self* em ação (WINNICOTT, 2005). A realidade interna dos objetos para o indivíduo aparece em estágio posterior ao de estruturação do verdadeiro *self*, que surge logo que haja uma organização mental, o que significa pouco mais do que o somatório da consciência sensório-motora (ABRAM, 2000).

Winnicott (1975) sustenta que o rosto da mãe é o precursor do espelho no desenvolvimento emocional da criança. Afirmando que a provisão ambiental no processo de separação do “eu” e do “não-eu” envolve, basicamente, o segurar, o manejar e a apresentação de objetos, o autor propõe que a consequência da reação a essas provisões ambientais é a maturação pessoal máxima, incluindo no conceito de maturação os diversos significados da palavra integração, o inter-relacionamento psicossomático e a relação de objeto. Após ser segura e manejada satisfatoriamente, a criança, sem ser violada em sua onipotência, pode ser apresentada a um objeto que é sentido, inicialmente, como algo subjetivo, criado por ela.

Em determinado momento, o bebê passa a olhar a sua volta e quando olha para o rosto da mãe parece estar vendo a si mesmo. Se a mãe reflete aquilo que o bebê está transmitindo, está aberta a possibilidade de desenvolvimento emocional saudável. Contudo, se houver uma longa experiência de não receber de volta o que está dando, por conta de o rosto da mãe estar refletindo o seu próprio humor ou a rigidez de suas defesas, o bebê olha para esse rosto e não se vê. Como decorrência, sua capacidade criativa pode atrofiar-se e ele passa a procurar no ambiente algo que reflita a si mesmo. Nessas condições, acostuma-se à idéia de que, quando olha, o que é visto é o rosto da mãe, que, portanto não é um espelho, prejudicando-se o que poderia ter sido uma troca significativa com o mundo, um processo em duas direções, em que o auto-enriquecimento se alternaria com o significado do mundo das coisas vistas (WINNICOTT, 1975). Quando isso ocorre, muitos bebês procuram identificar as feições maternas para compreender-lhes o humor e por conta disso conseguem estar seguros e ser espontâneos até o momento em que haja alteração do humor materno, ocasião em que afastarão as necessidades pessoais para que o seu *self* não seja afrontado.

Outro aspecto relevante na busca do *self* diz respeito à criatividade. Ainda segundo Winnicott (1975), através do brincar a criança, ou mesmo o adulto, pode ser criativo e utilizar a sua personalidade integral e, sendo criativo, pode descobrir o seu *self*. Algumas considerações precisam ser feitas a respeito do conceito de ser criativo. Em síntese, ele significa criatividade não como aspecto de vida, mas sim como viver total. O autor garante que, na busca do *self*, uma pessoa pode produzir algo de muito valioso em termos artísticos e, no entanto, fracassar na tentativa de encontrar o seu *self*, isto porque ele não pode ser encontrado naquilo que é construído com produtos do corpo, por mais valiosos que sejam. É a criatividade em ação e não uma criação acabada que reflete o verdadeiro *self*.

Ainda sobre a formação do *self*, Winnicott (2000) argumenta que o ambiente suficientemente bom permite o crescimento pessoal. Caso o ambiente não se comporte dessa forma, há uma reação do indivíduo à intromissão e os processos de construção do *self* são interrompidos. A partir de determinado limite quantitativo, o núcleo do *self* passa a ser protegido, não mais progredindo até que a falha ambiental seja corrigida, surgindo, então, um falso-*self* construído sobre uma base de submissão de caráter defensivo. O autor assegura que o falso-*self* é um das mais bem sucedidas organizações defensivas, cuja finalidade é a proteção do verdadeiro *self*, mas que tem como consequência a sensação de inutilidade, sensação esta só alterada quando o centro de operações transfere-se do falso para o verdadeiro *self*, extraindo-se do que foi exposto um princípio existencial fundamental, qual seja, o de que tudo que se origina do verdadeiro *self* é sentido como real e, posteriormente, bom, seja qual for sua natureza. Já aquilo que ocorre como reação à intrusão ambiental é sentido como irreal e, posteriormente, ruim, independentemente da gratificação havida do ponto de vista sensorial.

Em suma, em termos de desenvolvimento, o *self* surge como posição teórica, como potencial do recém nascido, para desdobrar-se, a partir de um ambiente suficientemente bom, em um *self* total que, no dizer de Abram (2000), significa a capacidade de estabelecimento da diferença entre o “eu” e o “não-eu”, na perspectiva do processo de integração da personalidade total e do exercício da criatividade.

1.3.3 O papel da família no desenvolvimento individual

O papel da família sempre foi colocado em destaque por Winnicott no contexto do desenvolvimento individual e da maturidade emocional, entendida esta última, como sinônimo de saúde mental. Desde a identificação inicial com o filho durante a gravidez, passando pelos cuidados iniciais do recém-nascido, pela atenção nos primeiros meses de vida e alcançando todo o processo de desenvolvimento, a atuação inicial da mãe, dentro do conceito de “preocupação materna primária”, depois do pai e, a seguir, de outros membros da família sempre foi destacada por Winnicott, a ponto de afirmar que “(...) *devemos ter como certo que o indivíduo só possa atingir a sua maturidade emocional num contexto em que a família proporcione um caminho de transição entre o cuidado dos pais (ou da mãe) e a vida social.*” (WINNICOTT, 2005, p. 136).

O cuidado, que era inicialmente materno, transforma-se em cuidado oferecido por pai e mãe, assumindo ambos a responsabilidade pelo bebê e pela relação entre todos os filhos. Mais tarde, o cuidado passa a ser oferecido pela família, que tem o seu significado ampliado devido à aproximação de outras pessoas que adquirem o *status* de parente – padrinhos, por exemplo. Isto porque existe uma necessidade natural de se ter um círculo cada vez mais amplo proporcionando cuidado ao indivíduo.

No curso do desenvolvimento emocional, existe uma transição natural da dependência para a independência e, segundo Winnicott (2005), o indivíduo sadio conserva a capacidade de transitar de um estado para outro. É o binômio rebeldia-dependência, em que o indivíduo precisa inserir-se em um círculo mais amplo que esteja disposto a aceitá-lo, mas, ao mesmo tempo, represente simbolicamente a situação anterior rompida, ou seja, dentro de um desenvolvimento sadio, a criança continua sendo capaz de voltar para casa, apesar da rebeldia inerente ao ir embora.

Isso significa que, na medida em que a família permanece intacta, tudo na vida do indivíduo relaciona-se em última instância com seu pai e sua mãe, ou seja, mesmo tendo se afastado dos pais na vida e na fantasia consciente, o inconsciente sempre retém o caminho de volta. Há, dessa forma, duas tendências: uma destinada a afastar o indivíduo da mãe, do pai e da família e outra em sentido oposto, capaz

de conservar ou retomar o relacionamento com pai e mãe e é essa segunda tendência que permite à primeira firmar-se como etapa de desenvolvimento. Mas, mesmo com uma família intacta, não há garantia de que a criança vá desenvolver-se até alcançar a maturidade plena, pois a economia interna de cada indivíduo pode apresentar seus próprios riscos.

De qualquer forma, a família sempre contribui de dois modos para a maturidade emocional: permite a troca dos pais pela família mais ampla e desta por outros círculos sociais progressivamente maiores e, ao mesmo tempo, dá a oportunidade de retorno à dependência a qualquer momento, Segundo o autor:

A família parece ser a estrutura especialmente programada para dar continuidade à dependência inconsciente da criança em relação ao pai e à mãe de fato; esta dependência inclui a necessidade que a criança tem de separar-se com rebeldia. (WINNICOTT, 2005, p.137).

Com esse raciocínio, o autor indica que o indivíduo maduro é capaz de identificar-se a agrupamentos sociais sem perder a noção de continuidade pessoal, o que influi decisivamente no processo de criatividade, por não haver sacrifício em demasia de impulsos espontâneos.

Há, contudo, algumas dificuldades para que a família execute, no presente, o papel de estrutura destinada a dar continuidade à dependência inconsciente em relação ao pai e à mãe. Gomes e Paiva (2003), estudando o casamento e a família no século XXI, propõem a existência de processo histórico que levou a mudanças importantes na estrutura familiar. Movimentos sociais presentes no século XX, como o feminismo, aliados à aprovação do divórcio e ao surgimento de doenças sexualmente transmissíveis de natureza grave, como a AIDS, contribuíram substancialmente para essas mudanças. As autoras propõem fundamentalmente as dificuldades no estabelecimento de papéis de homens e mulheres nos casamentos atuais. Em razão da competitividade na sociedade moderna, o homem vai encontrando cada vez mais obstáculos para desempenhar o seu papel de provedor da família. Já a mulher vive permanente conflito, na escolha entre maternidade e ascensão profissional. Isso leva a um novo entendimento sobre

o casamento no mundo atual. Ele deverá ter uma dimensão distanciada do modelo institucional do passado, envolvendo mutatividade, transformação e flexibilidade, constituindo um espaço de desenvolvimento interpessoal e criatividade.

Gomes e Paiva (2003) desenvolvem a idéia de poder existir no casamento um processo de individuação entre os parceiros, partindo da noção de que o *self* não pode desenvolver-se no isolamento e o “eu” é sempre definido pela diferenciação com o “tu”, de modo que o “tu” dá a base para a identidade do indivíduo.

A intimidade no casamento pressupõe a existência de um casamento interno, ou seja, a capacidade de compartilhar experiências com o outro, resguardando o lugar diferente de cada um, sem que haja a necessidade de sentirem a mesma coisa. Para as autoras, muitas queixas apresentadas por pessoas em atendimento psicoterápico estão ligadas a problemas de relacionamento envolvendo filhos; a diferenças entre idealização e realidade da vida a dois; a escolhas amorosas e a separações e divórcios. Todas apresentam um denominador comum, qual seja, a incapacidade de perceber o outro como ele é, isento de projeções e fantasias, com a possibilidade de respeito à convivência dessas subjetividades (GOMES E PAIVA, 2003).

Ao falar sobre fatores de integração e desintegração da vida familiar, Winnicott (2005) sustenta que o casamento e a constituição de uma família nem sempre representam maturidade parental. Dessa forma, propõe a existência de fatores desintegradores oriundos dos próprios pais, decorrentes das atitudes por eles adotadas, ao exaurir-se a capacidade de sacrifício em favor dos filhos. Um ou ambos os pais passam a viver uma nova adolescência, de forma extemporânea e isso ocorre pelo fato de não estarem suficientemente maduros, à época do casamento e não estarem dispostos a esperar indefinidamente para fazer a opção entre novos rumos na direção do crescimento ou a degeneração pessoal. Nessas situações, o casamento fica sujeito a distúrbios, devendo as crianças ser capazes de adaptar-se à desintegração familiar e alcançar um estágio satisfatório de independência adulta, contando, às vezes, com o auxílio dos próprios pais, em que pese a inexistência da estrutura matrimonial. Nos casos mais infelizes, torna-se impossível a cooperação de ambos no processo de criação dos filhos, com reflexos diretos na maturidade emocional de cada um.

A idéia central do que foi exposto é a de que muitas vezes os pais conseguem levar os filhos a alcançar a independência adulta, apesar de terem tido a necessidade de desfazer a estrutura matrimonial e de, eventualmente, construir outra (WINNICOTT, 2005).

Por outro lado, há fatores integradores e desintegradores oriundos dos próprios filhos. Com relação aos fatores integradores, a criança que se desenvolve bem e foi capaz de se integrar internamente, em razão de suas capacidades inatas, consegue exercer efeito integrativo também no grupo familiar e, nessa linha, os pais acabam se beneficiando da somatória das tendências integrativas de cada filho. E isso ocorre porque os filhos esperam dos pais confiabilidade e disponibilidade e estes respondem a essa expectativa devido à capacidade de identificação com os filhos, caso tenham desenvolvido de modo satisfatório a própria personalidade.

Já do ponto de vista dos fatores de desintegração, deve-se considerar como relevantes os decorrentes do desenvolvimento insuficiente ou de doença de uma criança. Winnicott (2005) sustenta que certos distúrbios psiquiátricos infantis se manifestam por meio de necessidade de destruição de algo bom, estável e confiável. É como se a criança procurasse por algo que valesse a pena destruir. Inconscientemente, ela dirige sua agressão para alguma coisa boa que foi perdida, tendo como alvo de sua destruição a família sanguínea, ou a família-comunidade substituta, especialmente se estiverem desincumbindo satisfatoriamente a tarefa, quando posta à prova pela criança.

2. A CONSULTA DE PEDIATRA

A consulta de pediatria constitui a oportunidade de o pediatra estabelecer o adequado contato com o pequeno paciente e seus respectivos responsáveis – pais ou cuidadores – para que a necessária confiança e conseqüente adesão ao tratamento proposto possam ser alcançadas.

A experiência tem mostrado, contudo, que construir esse elo com a criança e seus responsáveis tem sido tarefa árdua para o pediatra, em razão da série de dificuldades encontradas no exercício cotidiano de sua profissão. Face à demanda existente nos serviços públicos de saúde e nos ambulatórios de operadoras de planos de saúde, o tempo reservado à consulta pediátrica é bastante

limitado. Além disso, a pressão exercida sobre o profissional médico para que toda demanda existente seja atendida acaba por provocar, nesse profissional, um nível de stress ocupacional que o torna pouco receptivo a uma relação mais efetiva entre ele, seus pacientes e respectivos responsáveis.

Pileggi; Marcondes e Alcântara (1994) propõem que são aceitáveis os tempos de quarenta, vinte e, até, dez minutos para as consultas pediátricas realizadas em consultório particular, ambulatório hospitalar, instituições privadas ou públicas e centros de saúde. Contudo, a prática da autora tem demonstrado que o tempo mínimo necessário para uma consulta que abranja aspectos físicos, emocionais e sociais da criança é de trinta minutos.

Esse tempo mínimo leva em conta não só o atendimento propriamente dito, mas também o chamado pré-atendimento, essencial na consulta pediátrica. O relacionamento entre pediatra e paciente deve começar na sala de espera de seu consultório, que deve ter características diferenciadas de um consultório comum, com mesinhas, cadeirinhas e brinquedos espalhados por todo o ambiente, devendo assemelhar-se muito mais a um aposento doméstico, com o qual a criança está acostumada. A imagem negativa que o pediatra tem perante a criança, por representar eventual sofrimento, em razão das prescrições feitas, pode ser abrandada pela não utilização de avental branco e por uma manifestação de carinho ou mesmo uma brincadeira no início do atendimento (PILEGGI *et al*, 1994).

É largo o espectro de atuação do pediatra, envolvendo o diagnóstico e o tratamento das doenças da infância, a orientação da higiene infantil, o controle de vacinação, o regime alimentar para cada período etário, o incentivo à amamentação com destaques à sua importância e técnicas, a orientação das mães quanto à educação da criança e a própria prevenção de distúrbios emocionais ou de conduta.

Para desenvolver toda essa tarefa, é necessário, acima de tudo, que o pediatra tenha carinho especial por crianças, sinta-se familiarizado com elas e acima de tudo queira manter contato estreito com pais, familiares, educadores e todos os que cercam seu paciente e que, em última análise, constituem o seu ambiente social.

Segundo Crespim (1992), o pediatra deve ter formação moral e senso ético apurado, pois, em última análise, é o advogado de defesa da criança contra seus possíveis sofrimentos. Deve ter equilíbrio emocional, ser acessível, tolerante e compreensível, não só com seu cliente, mas também e, principalmente, com as

mães, normalmente ansiosas diante de problemas relativamente simples. Ao longo dos anos, o pediatra poderá se transformar em amigo e conselheiro, sendo convidado a opinar sobre diversos assuntos, mesmo fora de sua área. Não pode permitir, no entanto, uma aproximação excessiva que resvale à intimidade, pois isso pode comprometer a necessária isenção e ascensão sobre o paciente.

O pediatra deve fornecer um *setting* para a unidade mãe-bebê, como proposto por Bueno, Maaz e Nogueira (2005), abrindo espaço e tempo para ouvir a mãe, a criança e a família, significando que este espaço está disponível para que a criança possa ser entendida de forma holística e não apenas na sua sintomatologia.

No momento da consulta, o pediatra deve apresentar-se amistosamente para os pais e para a criança, mesmo que seja um bebê. Nos encontros subseqüentes, uma saudação amigável é sempre recomendada. Algumas manifestações de preocupação com a criança como temperatura do consultório, necessidade de troca de fraldas ou outras são essenciais para estimular a confiança no médico, conforme propõem Nelson, McKay e Vaughn III (1977). Para esses autores, há atitudes que são fundamentais para assegurar maior obediência ao tratamento e aumentar a satisfação mútua da relação médico-paciente. São elas:

- Gentileza: atitude presente na linguagem e nos gestos que permitem uma aproximação bem recebida, evitando indelicadeza ou grosseria no falar e no manipular o pequeno paciente;

- Respeito: atitude fundamental para adquirir a confiança do paciente e familiares. A própria criança avalia como é tratada por seus pais e por terceiros para desenvolver a sua forma peculiar de tratamento. O respeito começa pelo tratamento nominal da criança e de seu acompanhante. Expressões genéricas do tipo “criança”, “menino/menina” ou “mãe/pai” devem ser evitadas, pois despersonalizam os adultos e crianças e criam um vácuo de relacionamento;

- Compreensão: atitude indispensável para enfrentar situações em que comportamentos hostis ou não cooperativo de pais ou pacientes estejam presentes. O pediatra deve estar preparado para compreender e lidar com tais comportamentos, a fim de obter, em momento seguinte, a colaboração tão necessária à eficácia do tratamento;

- Simpatia: atitude associada à gentileza, deve estar sempre presente nas consultas pediátricas, demonstrando aos pais ou responsáveis que eles não estão

sozinhos, já que ele, pediatra, também se preocupa com a dor e sofrimento da criança;

- Amabilidade: atitude também associada à gentileza e simpatia, permite ao médico fazer com que seu paciente se sinta mais confortável física e mentalmente.

Valor especial deve ser dado ao relacionamento com a mãe ou cuidador. Se houver empatia, o relacionamento tende a ser ideal para o êxito nos processos de prevenção ou tratamento das crianças. A mãe ou cuidador confia no médico e segue rigorosamente as suas prescrições e orientações e o médico, por seu turno, sabe que ela será o instrumento para se chegar ao bem-estar da criança. Bueno *et al* (2005) relatam que, quando o vínculo pediatra/mãe está suficientemente estabelecido com uma relação de confiança igualmente desenvolvida, a mãe privilegiará as informações e orientações recebidas, facilitando a aderência ao tratamento.

Se, contudo, o relacionamento não for bom desde o início e não for possível modificá-lo, a melhor alternativa é fazer com que haja mudança de médico, por proposta do próprio profissional (CRESPIN, 1992).

A consulta pediátrica, em verdade, se inicia, para a criança, mesmo antes do comparecimento ao consultório. Como bem salientou Winnicott (WINNICOTT, C., 1994), referindo-se à consulta psiquiátrica, mas que também pode ser aplicada à pediátrica, a criança, já na noite anterior à consulta, “sonhará” com o pediatra e, no consultório, fará um ajuste à realidade daquilo que foi idealizado, ou seja, a criança traz para a consulta certa crença de que pode acreditar em uma pessoa que irá ajudá-la, mas traz, ao mesmo tempo, alguma desconfiança com relação àquela pessoa desconhecida. Normalmente, a primeira consulta não é suficiente para resolver totalmente essa ambigüidade, sendo necessários outros encontros para que isso aconteça, mas ela pode ser o ponto de partida de um relacionamento que, se bem estruturado, poderá durar até a vida puberal da criança com influência na sua vida adulta e familiar.

2.1 A importância da história na consulta de pediatria

É de fundamental importância uma história bem construída na consulta, para permitir o diagnóstico e o tratamento necessário. Pileggi *et al* (1994) alertam

para o fato de que, por serem os dados normalmente fornecidos pela mãe ou cuidador, o relato principal é do sintoma que mais a impressiona, que não necessariamente é o mais importante. Por esse desvio de percepção, muitas vezes aspectos relevantes não são informados, como condições ambientais do quarto e da moradia da criança; tipo, forma e frequência da alimentação; dados relacionados à dinâmica familiar e outros. O pediatra deve estar atento a esse fato, para poder argüir tudo o que for necessário à complementação da história.

Nelson *et al* (1977) propõem que a história inicial seja constituída dos seguintes elementos:

- Queixa Principal (QS): o principal motivo que levou à consulta médica;
- Doença Atual (DS): todos os detalhes ligados à queixa principal;
- História Progressiva (HP): doenças anteriores e todas as medidas avaliativas e profiláticas, inclusive as imunizações;
- História Familiar (HF): todas as condições médicas apresentadas pelos parentes que, de alguma forma, possam estar relacionadas com a saúde do paciente;
- História Social (HS): condições ambientais que podem estar associadas ao bem-estar físico e emocional do paciente.

Para os mesmos autores, nos contatos subseqüentes serão acrescentados à história inicial as novas informações trazidas pelos familiares. Tudo o que for dito, voluntariamente ou como resposta a indagações, deverá ser ouvido atentamente pelo médico, que não deve interromper uma resposta para formular nova pergunta. A inobservância dessa regra pode gerar no familiar ou na criança a impressão de que o profissional não está realmente interessado em ouvir o que está sendo relatado. Eles propõem, ainda, que, ao final da consulta, seja feito um breve resumo sobre tudo o que foi falado, para que o profissional tenha a certeza de que todas as dúvidas iniciais foram esclarecidas.

Já Pileggi *et al* (1991) dividem a anamnese em três partes principais. A primeira é relativa ao motivo da consulta, ou seja, queixa e duração da doença, história progressiva da doença atual e pesquisa sobre os diferentes aparelhos. A segunda é relativa aos antecedentes familiares e pessoais, estes, inclusive, subdivididos em pré-natais, natais e pós-natais. A terceira fase é, segundo os autores, a mais importante da anamnese, pois nela se analisam as condições habituais da criança fora da vigência da situação transitoriamente anormal porque

ela passa. Segundo os autores, é nessa fase que o pediatra tem contato com o seu paciente como um todo e não apenas com um órgão doente.

Algumas observações devem ser feitas pelo pediatra com relação à mãe ou cuidador, para ter adequada compreensão global de seu paciente;

- Excessiva inquietação, com fisionomia expressiva de preocupação e gesticulação aumentada;

- Manifestações de pessimismo, com relação às possibilidades do tratamento;

- Manifestação de autoridade ou de omissão, em razão do comportamento apresentado pela criança no consultório;

- Tolerância para com a intromissão de terceiros nas respostas dadas às indagações do médico;

- Consulta a terceiros sobre aspectos relativos à vida diária da criança;

- Comportamento dissimulado para conseguir despir a criança durante a consulta;

- Obtenção de consentimento da criança para a manipulação dentro do consultório ou para controle de comportamento, utilizando ameaças relacionadas ao médico;

- Incapacidade de segurar com firmeza a criança para o exame físico;

- Busca de contato com o médico, quando este se encontra com atenção voltada ao exame físico;

- Incapacidade de acompanhar o tratamento de lesões na criança;

- Concessão à criança de agrados e consolos, durante ou logo após o exame médico.

Todos esses comportamentos indicam o perfil psicológico da mãe ou do cuidador e sua conduta habitual para com a criança, sendo valioso material de que deve se utilizar o médico para avaliar a condição familiar em que vive a criança. (PILEGGI *et al*, 1994).

2.2 O exame físico

O exame físico constitui a segunda parte da consulta pediátrica e, tal qual a história, se reveste de significativa importância. O paciente pediátrico, contudo, dificilmente se mostra colaborador, exigindo do médico cuidados especiais para que

o exame físico possa ser apurado. Alguns procedimentos são considerados essenciais. Nelson *et al* (1977) propõem que o ambiente do consultório seja propício para criar um clima emocional agradável. Paredes pintadas com cores vivas, ao invés da cor branca, fria e impessoal, mobília confortável e quadros de personagens infantis conhecidos ajudam na obtenção dessa atmosfera agradável. A permissão para que a criança observe o local, enquanto é feita a anamnese, permite ambientação inicial e alguma descontração que auxiliará na realização do exame.

Alguns comportamentos devem ser observados pelo pediatra, antes de iniciar o exame físico:

- As mãos devem ser lavadas, não só pelas razões de higiene, mas também porque é algo esperado pelas mães;

- A aproximação deve ser progressiva, buscando, em um primeiro momento estabelecer um diálogo com ela, perguntando sobre o pai ou irmãos, sem assumir atitude formal;

- O exame físico deve ser iniciado sem a ajuda de equipamentos, para não provocar ansiedade na criança. Posteriormente, pode-se permitir que a criança brinque com o estetoscópio ou foco de luz ou martelo neurológico;

- O exame deve ser iniciado pelas partes acessíveis, sendo que os procedimentos desagradáveis ou dolorosos devem ser deixados para o final, para que a criança se acostume com a manipulação do médico;

- O médico nunca deve mentir ou permitir que mintam para a criança, pois esse fato pode destruir a confiança eventualmente conquistada (PILEGGI *et al*, 1991).

O roteiro do exame físico compreende, basicamente, os dados numéricos gerais, relativos a peso, altura, perímetro cefálico, frequência cardíaca, frequência respiratória. Compreende, também, o exame clínico geral – atitude, consciência, hidratação, entre outras observações – além dos exames de pele, mucosas, tecido celular subcutâneo, esqueleto e musculatura, cabeça e pescoço, tórax, abdome, genitais, ânus, coluna, membros inferiores, além de uma avaliação psíquica básica (PILEGGI *et al*, 1991).

2.3 A conduta médica

Um momento de maior ansiedade para pais ou cuidadores é aquele em que o médico vai comunicar os achados de seu exame, sua hipótese diagnóstica ou diagnóstico firmado, a necessidade de realização de exames complementares, de encaminhamento a outros especialistas ou de internação, ou, ainda, vai orientar acerca da prescrição feita. Nesse momento, atenção especial deve ser dada à forma de abordagem da situação, à linguagem utilizada na comunicação e ao tipo de letra utilizado no receituário. Pesquisa realizada por Sano, Masotti, Santos e Cordeiro (2002) demonstrou que a incompreensão do tipo de letra usado na receita é fator determinante da não adesão ao tratamento, inclusive por pais ou cuidadores que possuem nível universitário. A mesma pesquisa também comprovou que pacientes insatisfeitos com as orientações recebidas e com dúvidas sobre o tratamento estão mais propensos a não obter os medicamentos prescritos e não aderir a ele.

Ainda segundo a mesma pesquisa, a adesão do paciente ao tratamento proposto aumenta em até dez vezes, quando observadas as seguintes atitudes básicas do médico:

- Reforço verbal da prescrição médica;
- Discussão sobre a forma de administrar e armazenar a medicação;
- Especificação do horário/esquema de administração (SANO *et al*, 2002).

A posição do pediatra, nesse instante, deve ser de compreensão, frente a eventuais manifestações emocionais de pais ou responsáveis. Para Zimerman (1992), um dos principais atributos do médico é a capacidade de ser “contenente”, ou seja, tal qual uma mãe demonstrando segurança frente a seu filho ansioso ou aflito por qualquer circunstância, o pediatra também deve “conter” a ansiedade de seu pequeno paciente e, especialmente, as angústias e fantasias dos pais ou responsáveis com relação a aspectos negativos da doença da criança, inclusive, quanto à eficácia do tratamento proposto. Deve, também, ser “contenente” com relação a si próprio, contendo eventual ansiedade quanto à incerteza do diagnóstico ou do tratamento proposto. Soar Filho (1998) conceitua da seguinte forma a continência:

Este atributo diz respeito à capacidade de conter, ou seja, tolerar dentro de si toda a carga de pensamentos e sentimentos (alguns

culturalmente percebidos como negativos) que o cliente possa expressar durante o atendimento, sem revides e retaliações. Aí se incluem o choro, a raiva, as dúvidas, as fantasias, os ataques e boicotes ao tratamento, etc. (SOAR FILHO, 1998, p. 41).

Além de dar “continência” o pediatra deve demonstrar envolvimento com o problema da criança, fazendo ver aos pais ou responsáveis que eles não estão sozinhos e que podem contar não só com os conhecimentos científicos do profissional, mas também com a sua disposição em pesquisar o que há de mais moderno em termos de tratamento, caso seja diagnosticada na criança uma patologia não comum.

Blank (2003) afirma que há evidências de que pais e responsáveis gostariam de obter mais informações sobre a saúde da criança, patologia presente e formas de tratamento do que os pediatras, em geral, costumam dar. Sinaliza, ainda, que há preferência dos pais ou responsáveis por material escrito e, mais recentemente, por material da internet, sendo importante que o médico utilize em seu consultório todos os recursos audiovisuais possíveis. Para o autor, pais e responsáveis respondem melhor à informação relacionada às suas áreas de interesse específico do que a campanhas veiculadas em meios de comunicação de massa ou pôsteres afixados no consultório. A orientação oral tem eficácia apenas em comunicações breves e sempre fora de situações críticas. Os temas mais complexos exigem mensagem escrita, que costuma ser mais efetiva quando acompanhada de recomendações explícitas do médico.

Bueno *et al* (2005) consideram que o pediatra deve ter uma postura acolhedora, não invasiva ou moralista, que consiga atender às dúvidas da família, à luz de todo o conhecimento de que dispõe, respeitando os limites de cada um, fortalecendo assim a relação de confiança que tem com a mãe, o que facilitará a compreensão das informações e orientações dadas.

O pediatra, contudo, não pode olvidar que o seu paciente é a criança e por isso deve também, havendo condições mínimas de compreensão, explicar-lhe o que está ocorrendo com a sua saúde. Segundo Mello Filho (1992), a idéia de que a criança deve ter o adulto como seu único interprete está centrada no fato de ser ela comumente considerada como estando em uma fase da vida em que a passividade é sua característica fundamental. Na verdade, ela tem sentimentos, desejos próprios

e conceitos sobre a vida que não podem ser proibidos de aparecer, não sendo um adulto em miniatura, mas também não sendo um ser totalmente passivo. A criança, portanto, não pode ser vista como um saco onde as coisas são apenas depositadas (FERREIRO, 1986 *apud* MELLO FILHO, 1992).

2.4 O *setting* na consulta de pediatria

O *setting*, compreendido de forma ampla como o conjunto de condições ambientais e relacionais presente no vínculo, é de extrema importância no sucesso da condução de qualquer processo na área da saúde que exija a intervenção de um profissional habilitado ou mesmo de processo em qualquer outra área, como a da educação ou a esportiva.

Na área da saúde, os profissionais médicos não se deram conta dessa importância, adotando na maioria das vezes condutas padronizadas que dificultam o vínculo ou, ao menos, deixam de enriquecê-lo. Na pediatria, em particular, em função das características peculiares dos pacientes, o *setting* deve ser uma preocupação constante do profissional, para facilitar a tarefa de promoção da saúde global da criança.

É relativamente escassa a literatura disponível sobre o *setting* pediátrico. Neste capítulo, já foram colocadas algumas questões sobre as condições ambientais e relacionais da consulta de pediatria que, de certa forma, caracterizam o seu *setting*.

Importa, agora, descrever com maior propriedade e de forma detalhada as possibilidades quanto à sua configuração e manejo, levando em conta, inclusive, a experiência pessoal da autora, sempre com vistas à promoção da saúde global da criança, à prevenção de doenças e seu tratamento.

2.4.1 A construção da interação médico - paciente

Um dos pressupostos básicos do *setting* em pediatria é a adequada construção da relação médico-paciente. Significativa frase de Balint (1955 *apud* ZIMERMAN, 1992) expressa o pensamento de que:

O remédio mais usado em Medicina é o próprio médico o qual, como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade (BALINT,1955 apud ZIMERMAN, 1992, P.64).

A conclusão que pode ser extraída desse pensamento é a de que o profissional de saúde deve ser considerado principalmente pelo que ele é, muito mais do que pelo que ele conhece ou faz.

Caprara e Silva Franco (1999) citam Gadamer (1994) que, ao tratar da saúde, destaca os atributos da prática do médico na promoção da saúde, lembrando que, de há muito, a profissão é definida como ciência e arte de curar. O que facilita a ação do médico na construção do diagnóstico e na obtenção de satisfatório resultado terapêutico são a familiaridade, a confiança e a colaboração que devem estar sempre presentes na arte médica. Gadamer propõe a reflexão sobre a humanização da medicina, levando em conta a necessidade de ampliação da sensibilidade para com o sofrimento do paciente.

Para Caprara e Silva Franco (1999), o que ocorre é que hoje a medicina não está preparada para aceitar esse novo desafio, pois trilhar esse caminho significaria considerar o objeto da medicina diferente do de outras ciências naturais e superar o limite de recursos convencionais. O conflito fica ainda mais visível, se consideradas todas as vertentes políticas e sociais do processo saúde – doença.

Nesse contexto, é importante repensar o modelo biomédico presente na prática médica, especialmente nas unidades públicas de saúde. Sob essa ótica, a doença é interpretada como desvio de variáveis biológicas com relação à norma, desconsiderando as complexas interações existentes entre aspectos físicos, psicológicos e sociais. Kleinman *et al* (1989 *apud* CAPRARA e SILVA FRANCO, 1999) relatam pesquisa feita nos Estados Unidos, demonstrando que vários sintomas descritos por mais de 50% dos pacientes que consultaram um clínico geral não foram considerados pelo médico na construção do diagnóstico da doença. Diante desses dados, fica fácil compreender porque muitos pacientes procuram consultar médicos que os ouçam, mesmo que isso signifique maior tempo de espera e maior deslocamento. Kleinman sugere, para superar esse tipo de dificuldade, a construção de uma interação entre médico e paciente baseada na compreensão do

modo de vida desse paciente e de seus familiares e sempre procure considerar a forma como eles interpretam o processo de adoecimento.

Em muitos países, muito pouca informação é repassada pelo médico a seus pacientes, especialmente quanto à gravidade e possibilidades de tratamento, assumindo o médico um papel paternalista, ficando o paciente à mercê do julgamento e da decisão do médico sobre o que fazer com relação ao tratamento. Em oposição a essa atitude paternalista, em alguns países da América do Norte e da Europa se desenvolveram movimentos em favor dos direitos do paciente, pois o médico, por ser um prestador de serviços, deve satisfação a seu paciente. Esse modelo ficou conhecido como modelo informativo, em que o paciente recebe informações objetivas sobre a própria doença e decide sobre o próprio tratamento. O que caracteriza, contudo, esse modelo informativo é a não aproximação afetiva, atuando o médico como simples técnico a tratar de um tema objetivo. Caprara e Silva Franco (1999) propõem um novo modelo, nem paternalista, nem informativo, mas decorrente de um processo de comunicação bidirecional que os autores chamaram de comunicacional, em que a relação de empatia e de participação esteja presente no momento da decisão sobre o que fazer pelo paciente.

Bueno *et al* (2005), parafraseando Winnicott na denominação “mãe suficientemente boa”, propõem a figura do “pediatra suficientemente bom”, sugerindo que, se esse profissional estiver atento às necessidades da mãe que se apresentam na consulta de pediatria e fornecer condições suficientemente boas, estará desenvolvendo a relação de confiança e o vínculo entre ambos, que são necessários para a relação de confiança que se estabelecerá entre pediatra-mãe-criança.

Soar Filho (1998) propõe a idéia de interação entre profissional de saúde e cliente, ou seja, “ação recíproca” entre ambos na busca de um resultado satisfatório e que pressupõe a existência de um contexto. Nesse contexto, estarão estabelecidos os limites e as possibilidades de cada um e essa interação estará sujeita a triangulações. Para o autor, são possíveis as seguintes triangulações em uma relação entre médico e paciente:

1. Triangulação médico–enfermidade-cliente: O que aparece nessa situação é a angústia normal frente ao desconhecido. Geralmente processos psíquicos poderosos entram em cena e provocam sentimentos ou fantasias em decorrência, inclusive, de eventos anteriores ou história familiar. Esse fenômeno

pode ocorrer não só com o paciente, mas com o próprio médico, também em função de uma experiência pessoal ou familiar. Existe, no entanto, um aspecto diametralmente oposto nessa triangulação. Trata-se da utilização da doença na obtenção de algum ganho secundário pelo paciente. Nos dois casos, podem ocorrer processos que dificultem o vínculo e sejam fonte de grande insatisfação e mesmo frustração para as duas partes;

2. Triangulação médico-família-cliente: O que aparece nesse processo é a figura do médico sendo interpretada como uma possibilidade de ameaça à homeostase familiar. Em muitas situações, a doença desempenha importante papel na dinâmica familiar, sendo necessário que o médico entenda esse processo, suporte toda a carga de ansiedade que vem da família, estabeleça novos processos de comunicação e valorize o papel da família na recuperação do paciente, tornando-os aliados e colaboradores e não adversários a colocar sistematicamente resistências ao tratamento;

3. Triangulação médico-instituição-cliente: Nesse processo, ganha destaque a possibilidade de a instituição efetuar a mediação entre médico e paciente, com resultados positivos se a instituição for conceituada e a procura do profissional se deu através dela o que, sem dúvida, provoca expectativa favorável em relação ao trabalho do profissional, facilitando o vínculo e o estabelecimento do *setting*. Há, contudo a possibilidade inversa. Havendo qualquer dissintonia entre o paciente e instituição, o médico pode ser o depositário da raiva ou frustração do paciente, dificultando o vínculo.

Para Zimerman (1992), a construção da relação médico-paciente é muito complexa, dada a sua natureza plural, pois tem sempre o envolvimento de muitas outras pessoas, além dos dois principais envolvidos. Nessa relação, alguns aspectos importantes devem ser considerados:

1. Há a possibilidade de instalação de um processo de regressão, por ocasião da doença, ou seja, o retorno a um estado mais primitivo de funcionamento mental, com o ressurgimento de ansiedades e fantasias características de uma fase muito arcaica do desenvolvimento emocional. Isso ocorre, porque há toda uma mudança ambiental, especialmente quando a hospitalização é necessária, com perda da privacidade e comprometimento da própria identidade. Além desse fato, a doença carrega o psiquismo de significados simbólicos a ela ligados, como vergonha ou culpa por sua manifestação, inadequação à imagem corporal de uma pessoa

agora em sofrimento, além de sentimento de perda de coisas, afetos e valores, o que significa abandono e desesperança;

2. Em função da regressão, o paciente tende a desenvolver uma reação transferencial para com o médico, que tanto pode ser negativa como positiva, dependendo da forma como o médico é percebido por ele, como bom ou mal cuidador. Nesse tipo de relação, o paciente pode apresentar total dependência do profissional, ou, em outro extremo, hostilidade, negativismo e não colaboração;

3. De outra parte, também o médico tem sentimentos diversos com relação a seus pacientes, o que caracteriza o fenômeno da contratransferência, que pode estar vinculado às angústias ou expectativas que o paciente tem do profissional ou aquilo que simbolicamente aquele paciente representa para o médico. É sempre importante, para o estabelecimento do *setting* adequado de tratamento, que o profissional consiga identificar os sentimentos que estão sendo nele mobilizados por aquele paciente;

4. Outro fator importante na construção da relação e constituição do *setting* é o tipo de personalidade do profissional. Sem haver um tipo padronizado que favoreça a emergência de um bom médico, há, contudo, características de personalidade que podem favorecer um bom vínculo.

A esses fatores, Soar Filho (1998) acrescenta outros igualmente relevantes:

1. Produção de fantasias: Em razão de desconhecer aspectos relevantes de sua doença, o paciente acaba desenvolvendo algumas hipóteses para explicá-la, estando aí o núcleo das fantasias, que são impulsionadas pelos processos regressivos eventualmente presentes. Normalmente, essas fantasias são de cunho persecutório ligadas a doenças graves ou incuráveis. A forma objetiva de o médico sentir a intensidade dessas fantasias na vida mental do paciente é perguntar-lhe diretamente quais são suas hipóteses acerca da doença e, a partir das respostas, definir a estratégia de limitar o vigor dos fantasmas criados. O que não deve ocorrer nesse momento, é o médico, de forma consciente ou inconsciente, alimentar ainda mais esse quadro por meio de discurso técnico incompreensível ao paciente ou deixar de transmitir a ele informações básicas, permanecendo em um silêncio que pode ser sentido como assustador;

2. Mecanismo de negação: considerado mecanismo de defesa frequentemente presente no processo de adoecimento, a negação pode provocar

grandes problemas na construção da interação e do *setting*, pois o paciente acaba desenvolvendo uma oposição permanente às medidas terapêuticas que possam evidenciar o problema;

3. Ganho secundário: mecanismo muito conhecido dos médicos e presente em um grande número de casos, caracteriza-se pelas vantagens ou benefícios que podem advir da doença, principalmente no âmbito familiar. Normalmente, representam dificuldade adicional para o estabelecimento do vínculo, do *setting* e do tratamento. O uso da doença ou de um sintoma pode servir de expressão a sentimentos negativos com relação a uma pessoa ou situação, ou, ao contrário, expressar sentimentos positivos que também não podem ser verbalizados.

2.4.2 O *setting* pediátrico e seu manejo

Como já descrito anteriormente, há uma série de circunstâncias que podem facilitar a relação pediatra-criança-família e, como consequência, contribuir decisivamente para a prevenção ou tratamento de doenças.

Em termos de ambiente físico, o consultório do pediatra não deve lembrar um consultório médico tradicional, devendo assemelhar-se muito mais a um aposento doméstico com o qual a criança está acostumada. As cores das paredes não devem frias, mas, ao contrário devem ser bem alegres e, se possível, com desenhos de personagens infantis conhecidos. No próprio consultório e na sala de espera, mesinhas, cadeirinhas e brinquedos devem estar espalhados por todo o ambiente e a criança deve ser estimulada a explorá-lo. Lápis colorido, giz de cera, papéis e outros materiais pedagógicos devem estar à disposição da criança, para diminuir-lhe a ansiedade antes e durante a consulta.

Apesar do sempre elevado número de pacientes pediátricos, especialmente em serviços públicos de saúde e ambulatórios de planos de saúde, para a instauração de um *setting* adequado, o tempo de uma consulta nunca deve ser inferior a quinze minutos, mesmo sendo admitida a possibilidade de tempos menores (PILEGGI *et al*, 1994).

Com relação à postura médica, o profissional deve começar por evitar o uso de avental branco tão característico do profissional que, para a criança, representa alguma forma de sofrimento. O contato inicial é sempre fundamental no relacionamento com a mãe ou cuidador e com a própria criança. O pediatra deve

recebê-los na sala de espera, cumprimentá-los amistosamente, inclusive a criança, e conduzi-los ao interior do consultório. As manifestações de preocupação com a criança como temperatura ambiente, necessidade de troca de fraldas, entre outras, são sempre bem-vindas, conforme propõem Nelson *et al* (1977).

Para os autores, algumas atitudes do pediatra são fundamentais para o estabelecimento de um *setting* adequado, destacando-se a gentileza, o respeito, a compreensão, a simpatia e a amabilidade.

Dentre as interações triangulares propostas por Soar Filho (1998), a que mais está presente no *setting* do atendimento pediátrico é a triangulação médico-criança-família. A correta compreensão da importância dessa triangulação faz com que o profissional valorize todos os temas trazidos para a consulta, mesmo que não estejam diretamente relacionados à doença da criança. Só assim conseguirá obter dados essenciais à compreensão da história que pode ter levado àquele quadro clínico.

A consulta de pediatria deve representar o espaço onde binômio mãe-filho possa ser entendido de forma holística (BUENO *et al*, 2005) e o pediatra deve fornecer o *setting* propício para que esse binômio se desenvolva e se fortaleça.

Os comportamentos indicadores do perfil psicológico da mãe ou cuidador, como manifestações de pessimismo com relação à doença ou ao tratamento; exercício da autoridade ou omissão, diante do comportamento da criança no consultório; tolerância com terceiros durante a consulta; comportamento dissimulado frente à criança e concessão de agrados ou consolo, durante ou logo após o exame físico, devem ser observados pelo pediatra para composição do quadro, mas não devem ser expressos à mãe ou ao cuidador no momento de sua ocorrência. Em função da possibilidade de manejo do *setting*, em outro momento, o profissional poderá mostrar à mãe ou cuidador a inadequação desse tipo de comportamento.

O aspecto comunicacional deve ter relevância no *setting* pediátrico. Como já descrito, as orientações objetivas são fundamentais na adesão ao tratamento (SANO *et al*, 2002). Com o universo de informações que circulam em ambiente de internet, é normal que os pais que tenham acesso ao mundo digital queiram conhecer, através da rede mundial, as informações relativas às doenças de seus filhos. Aqueles que ainda não dispõem desse recurso, devem receber informações, sempre que possível, ilustradas, devendo fazer parte do *setting* pediátrico a afixação

de pôsteres no consultório e sala de espera e a existência de outros recursos audiovisuais.

3. A IMPORTÂNCIA DO *SETTING* TERAPÊUTICO

Vistas as principais características do *setting* pediátrico e as possibilidades de seu manejo, cumpre, neste ponto, expandir algumas considerações acerca da importância do *setting* terapêutico, especialmente o analítico, a fim de bem compreender-lhe a estruturação e possibilidades de manejo. Nesse sentido, cabe aqui descrever o *setting* construído por Freud e aquele utilizado por Winnicott, para, depois, verificar os aspectos comuns, especialmente do *setting* winnicottiano com o *setting* pediátrico já descrito.

3.1 O *setting* analítico

A literatura psicanalítica é farta na abordagem do tema. Descrições detalhadas do consultório de Freud e alguns casos clínicos em que o *setting* é colocado em posição de destaque encontram-se disponíveis em texto de Flem (1988 *apud* HISADA, 2000). Nessa obra, há a citação do caso de “Emmy Von N”, em que Freud vai visitá-la diariamente, chegando a fazê-lo até duas vezes em um único dia. À época, Freud ainda não tinha criado a regra da abstinência, por isso falava massageava e fazia perguntas à paciente que sofria de depressão, acompanhada de dores e outros sintomas.

Outro caso interessante é o do “Pequeno Hans”, que, aos cinco anos, começa a ter medo de ser mordido na rua por um cavalo. A pedido de Freud, o pai faz observações sobre as palavras e os gestos relativos à vida sexual do menino, enviando-as a Freud. Nesse caso, a análise foi feita por meio do pai.

Em outro caso, o de “Dora – Ida”, Freud ficou interessado em conhecer os familiares da moça, que, aos dezoito anos, se envolveu afetivamente com um homem de quarenta e quatro anos.

No caso do “Homem dos Lobos”, houve ajuda financeira dada por Freud ao paciente, que havia perdido todos os seus bens. Já no atendimento feito por Freud a um paciente chamado “Dr. Kardiner”, há citação de uma carta enviada a ele

por Freud, em que foram colocadas as condições do contrato terapêutico, antes mesmo da primeira consulta.

“Marie Bonaparte”, outra paciente de Freud, é por ele alertada para que não se apegasse muito a ele. Inconformada, já que nutria expressivo sentimento de amor pelo analista, passa a oferecer-lhe charutos e antiguidades como presentes.

No livro “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (Freud, 1912), há uma série de orientações que bem caracterizam o *setting* analítico:

1. Manter atenção flutuante durante o atendimento, uniformemente suspensa diante do que escuta, desprezando possíveis lembranças provocadas pela fala do paciente;
2. Não fazer anotações integrais durante as sessões. Os registros devem ser feitos posteriormente;
3. Não valorizar excessivamente os relatos exatos das histórias clínicas;
4. Não trabalhar cientificamente um caso enquanto durar o tratamento;
5. Manter sempre atitude de neutralidade;
6. Submeter-se ele próprio à análise, a fim de evitar as resistências e os pontos cegos de seu processo;
7. Não trabalhar com sugestão;
8. Evitar a manifestação de seus desejos, não tendo qualquer tipo de atitude educativa na análise;
9. Não determinar tarefas ao paciente, nem, tampouco, manter com ele debate intelectual;
10. Evitar o tratamento de parentes e não sugerir aos pais dos pacientes a leitura de livros psicanalíticos;
11. Observar a regra básica da análise que é a da associação livre, permitindo que o paciente diga qualquer coisa que lhe venha à mente, a fim de possibilitar o espaço mental e emocional livre de pressões externas dentro de um relacionamento.

Winnicott (2000) dividiu a contribuição de Freud em duas partes. A primeira é relativa à técnica e sua evolução, em que o material apresentado pelo paciente deve ser compreendido e interpretado. A segunda é relativa ao contexto em que esse trabalho é realizado. Assim, resumiu os aspectos que aparecem no contexto descrito por Freud da seguinte forma:

1. Atendimento com hora marcada, por cinco ou seis vezes por semana. O analista sempre estava à disposição do paciente nesse horário;

2. O analista seria pontual e estaria bem;

3. O analista estaria acordado e preocupado exclusivamente com o paciente, durante o tempo combinado;

4. O amor e ódio seriam expressos pelo analista. O primeiro, pelo interesse manifesto ao conteúdo trazido pelo paciente. O segundo, pelo estrito cumprimento dos horários de início e fim da sessão e também pelo recebimento de honorários;

5. O objetivo da análise é o de compreender o material apresentado e comunicar essa compreensão verbalmente ao paciente. O sofrimento da resistência é minorado pela interpretação;

6. O método usado é o da interpretação subjetiva;

7. O trabalho é realizado em ambiente agradável, nem escuro e nem com luz direta; com ruídos normais e o paciente deve estar confortavelmente deitado em um divã, tendo à sua disposição cobertor e água;

8. O analista mantém o seu julgamento moral fora do relacionamento, não expressando qualquer desejo de intrometer-se com a vida pessoal e as idéias do paciente e não toma partido nos sistemas persecutórios, mesmo na forma de situações verdadeiramente compartilhadas;

9. O analista é visto, na situação analítica, como alguém bem mais confiável do que uma pessoa comum, já que ele é pontual, não se enfurece e nem se apaixona compulsivamente;

10. Sonhos agressivos não magoam o analista, que difere o fato da fantasia;

11. Não há qualquer forma de retaliação por parte do analista;

12. O analista sempre sobrevive.

A idéia central é a de que o analista “comporta-se” e o faz sem grandes dificuldades, por ser pessoa madura. Winnicott (2000) acrescenta que, para Freud, existem no *setting* três pessoas, uma sempre fora do consultório. Quando existem duas, já terá ocorrido o processo regressivo no contexto que passará a representar a mãe com sua técnica, sendo o paciente o próprio bebê. Quando a regressão prossegue, pode estar presente apenas uma pessoa, mesmo que, do ponto de vista objetivo, estejam presentes analista e paciente.

Rosenfeld (1987) também destaca que a análise não deve ser levada com rigidez, ressaltando a importância da contratransferência, pois o paciente deve viver a situação como verdadeira e revivificadora, colaborando para isso a técnica e o *setting*. Eventuais dificuldades de compreensão, contenção ou flexibilidade por parte do analista podem prejudicar todo o processo.

Já no dizer de Kohut (1989), no *setting* há possibilidade de ser revivido algo que faltou na estruturação do sujeito, agora na presença do analista.

Green (1990) define *setting* como espaço psicanalítico, delimitado por uma regra fundamental e por horários definidos, que acaba se tornando o espaço onde vão produzir-se as trocas transferenciais, devendo, portanto, ser protegido pelo analista. Para o mesmo autor, há no *setting* um elemento transgressivo, pois o paciente, de uma forma ou de outra, vai estar sempre tentando rompê-lo, por meio de atraso no horário da sessão, atraso no pagamento dos honorários, descumprimento da regra fundamental, entre outras possibilidades. A sustentação do *setting* pelo analista também não é fácil, porque, não raro, ele se vê obrigado a suspender ou mudar de horário uma sessão ou mesmo retardar o seu início.

Khedy (1995) sustenta que o *setting* inclui desde aspectos formais até a postura do analista. Dentre os aspectos formais, incluem-se, entre outros, o número de sessões e a estabilidade do ambiente físico que, reduzindo os estímulos externos, permite a emergência dos internos, possibilitando a transferência e a regressão.

Com relação ao analista, é ele quem tornará dinâmica essa forma, dando, portanto, vida ao *setting*. Ele é, enfim, o ambiente analítico, aquele todo que possibilita a análise.

Bleger (1985) e Laplanche (1982) sustentam a importância do *setting*, mas sem a possibilidade de modificá-lo. Bleger sustenta que o que define o *setting* é sua estabilidade, não podendo ser modificado em função de variáveis. Laplanche é extremamente rigoroso com relação a isso, afirmando que toda alteração de *setting* representa um *acting-out* do analista.

3.2 O *setting* analítico de Winnicott

O principal atributo do *setting* analítico de Winnicott é a função de *holding*. Ele disse que o próprio Freud, por não ter tido problemas na fase inicial de

desenvolvimento emocional, reproduziu no seu *setting* aspectos fundamentais do *holding* materno, como temperatura agradável, iluminação adequada, silêncio, pontualidade e previsibilidade, entre outros (MELLO FILHO, 2001).

O *setting* onde trabalha o analista é, portanto, um espaço e um lugar onde será vivido um processo terapêutico compartilhado. Nesse espaço deve estar contida a necessidade do paciente de criar, jogar, brincar, rabiscar, até que se constitua um *setting*, onde a confiança possa se estabelecer de forma suficiente, para que ocorra o desenvolvimento da experiência terapêutica. O espaço de Winnicott apresentava limites, por vezes representado pelas bordas do papel utilizado, outras pelos limites físicos de um “enquadre” e, ainda, pelos limites de sua compreensão, por exemplo, através de uma interpretação. Se não interpretasse, poderia estar sinalizando ao paciente que estava compreendendo tudo. Dessa forma, preocupava-se também em estabelecer um limite para si próprio, como analista e como pessoa, para que o processo não se perdesse em incontáveis possibilidades.

Winnicott manifestou por diversas vezes a opinião de que o manuseio do *setting* era o principal recurso para tratar pacientes muito regredidos, esquizóides, borderlines ou psicóticos. Esse recurso se refere à habilidade do analista em administrar o local onde ocorre o tratamento, bem como a forma como ele se dava aos pacientes, a partir da construção do próprio espaço físico, do qual o consultório de Freud foi um grande exemplo (MELLO FILHO, 2001). O consultório de Freud funcionava como uma extensão da sua pessoa, com objetos de arte e antiguidades, o que de certa forma representava seu patrimônio cultural, as raízes míticas e antropológicas da psicanálise.

Guntrip (1975 *apud* MELLO FILHO, 2001), ao descrever sua fascinante experiência de análise com Winnicott relata o aconchego que seu consultório possuía, refletindo a simplicidade de sua pessoa e o acolhimento com que recebia e se relacionava com seus pacientes. Winnicot se apresentava para as sessões sempre com uma xícara de chá nas mãos, cumprimentava com um caloroso *hello* o seu paciente e com amistoso aperto de mãos ao final da sessão.

Guntrip compara o modelo de *setting de* Winnicott, que fornece um ambiente de *holding*, com o de Fairbairn, cujo aspecto frio e formal, sem cumprimentos antes ou depois da sessão, o qual trouxe dificuldades no desenrolar de sua análise.

O *setting* de Winnicott criava um ambiente de *holding*, porque não possuía a obsessão de neutralidade buscada por outros analistas e não impessoalizava o terapeuta, permitindo o surgimento de uma *gestalt* com as aspirações, gostos e tendências do paciente, permitindo o aparecimento do verdadeiro ser e a plenitude da presença psicossomática.

A forma de ser de Winnicott, sempre maleável, flexível, criativa, tanto no modo de encarar o seu paciente como de interpretar o conteúdo por ele trazido caracterizava o seu *setting*. O seu modelo de atendimento podia variar de sessões diárias até uma ou duas ao mês e o tempo dessas sessões também variava, chegando até a três horas, no caso de pacientes esquizóides que precisavam de mais tempo com o terapeuta para ter um encontro com o verdadeiro *self* que ficou oculto por muito tempo (MELLO FILHO, 2001).

Há relatos de casos em que se verificaram as condições específicas do *setting* winnicottiano, como, por exemplo, o de uma paciente que viveu com ele, segundo a própria expressão de Winnicott, uma experiência de mutualidade. A paciente tinha uma necessidade absoluta de contato físico com ele e, em uma oportunidade, quando ele estava com a cabeça da paciente entre suas mãos estabeleceu-se um ritmo de embalo, sem que houvesse qualquer deliberação para isso de nenhum dos dois. Ocorreu, nessa ocasião, uma comunicação sem palavras (MELLO FILHO, 2000).

O *setting* winnicottiano, no dizer de Khedy (1995, p.101) é, portanto, *um ambiente facilitador, com um analista suficientemente bom, capaz e disponível para se adaptar às necessidades do paciente, oferecendo uma nova chance de desenvolvimento*. Segundo o mesmo autor, o aspecto positivo cria a possibilidade de o paciente recompor falhas originais, através do ambiente analítico. As adaptações feitas são antes normas do que exceções, caracterizando continuidade teórico-clínica e poderosa arma no tratamento de pacientes graves, além de grande esperança para quem acredita que a análise pode ir além de sua padronização inicial, refletindo cuidados especiais para pacientes especiais, tal qual uma boa mãe faz com o seu filho.

No *setting* especial, Winnicott desenvolvia uma análise especial, apontando que determinados pacientes, devem, desde o início do tratamento, receber suporte especial. São aqueles em que o temor da loucura domina o quadro, em que há um *falso-self* bem sucedido que precisa ser demolido para que a análise

atinja o seu objetivo. Os testemunhos de analistas que fizeram análise com Winnicott, como Guntrip e Margareth Little são a prova de que ele corria riscos, mas não vacilava em dar *holding* e se adaptar ao paciente.

3.3 O manejo do *setting* analítico de Winnicott

Para Winnicott (2000), a análise é algo muito além de uma técnica. É sempre uma aquisição pessoal após certo tempo de utilização da técnica básica, permitindo que se possa cooperar com o paciente em determinado processo que caminha em seu próprio ritmo e no seu próprio rumo. Nesse processo, todos os aspectos importantes originam-se no paciente e não no analista.

Assim, existe uma diferença marcante entre a aplicação da técnica e a realização do tratamento. É bem possível realizar um tratamento com técnica limitada, como também o é fracassar completamente, utilizando uma técnica sofisticada. Com esses conceitos, o autor propõe a seleção de casos que permita evitar o confronto com aspectos da natureza humana que levaria o tratamento para além das possibilidades da técnica. A seleção dos casos implica necessariamente em classificação. Para o autor, os casos podem ser divididos em três categorias:

1. Pacientes que funcionam dentro de sua integralidade e que suas dificuldades estão relacionadas aos vínculos interpessoais. A técnica proposta para esses pacientes é a desenvolvida por Freud;

2. Pacientes que funcionam com personalidade que começou a integrar-se e tornou-se algo com que se pode contar. A análise está vinculada não só a essa unidade, mas também à questão da junção amor e ódio e do reconhecimento da dependência. A técnica para esse grupo, difere da utilizada no primeiro, por apresentar diferenças quanto ao manejo em decorrência do amplo espectro do material clínico abordado. Sob esse ponto de vista, a sobrevivência do analista, na condição de fator dinâmico, é o elemento mais importante;

3. Pacientes cuja análise deverá lidar com estágios iniciais do desenvolvimento emocional, anterior ao estabelecimento da personalidade como um todo, ou seja, pacientes cuja estrutura pessoal não está ainda solidamente integrada. Para esses pacientes, o manejo ocupa lugar de destaque, ocupando, por longo período, a totalidade do espaço reservado ao trabalho analítico normal.

Em outros termos, Winnicott (2000) afirma que os pacientes do primeiro grupo passam a ter dificuldades no curso normal da sua vida ou em família, que já existia no período anterior à latência e com desenvolvimento emocional satisfatório nos estágios iniciais.

Já os do segundo grupo, revelam a necessidade da análise da posição depressiva, levando em conta o relacionamento mãe-bebê, em especial, próximo do momento em que o termo desmame passa a ter sentido.

Os do terceiro grupo encontram-se em fase primitiva do desenvolvimento emocional, necessitando que a mãe esteja sempre segurando a criança.

Nesses casos, para o autor, há uma falha ambiental ocorrida em estágio primitivo do desenvolvimento emocional ligado a quadros psicóticos. Existe a formulação de um “falso eu” que protege o “eu verdadeiro”, gerando sensação de inutilidade e irreabilidade. Dessa forma, pode-se dizer que:

O contexto analítico reproduz as técnicas de maternagem da primeira infância e dos estágios iniciais. O convite à regressão resulta da sua confiabilidade.

A regressão de um paciente organiza-se como um retorno à dependência inicial ou à dupla dependência. O paciente e o contexto amalgamam-se para criar a situação bem-sucedida original do narcisismo primário.

O progresso a partir do narcisismo primário tem novo início, com o eu verdadeiro capaz de enfrentar falhas do ambiente sem a organização de defesas que impliquem num eu falso protegendo o verdadeiro.

Nessa medida, a doença psicótica pode ser tratada apenas pelo fornecimento de um ambiente especializado acoplado à regressão do paciente.

O progresso a partir dessa nova posição, com o eu verdadeiro entregue ao ego total, pode agora ser estudado em termos dos complexos processos de crescimento individual. (WINNICOTT, 2000, p. 384).

Em outras palavras, pode-se dizer que ocorre uma série de eventos dentro de um contexto de confiança que permite a regressão a um estágio de dependência e a elaboração de um novo eu, agora, entregue ao ego total. Com isso, há o

descongelamento da situação da falha original, com sentimento de raiva com relação à situação anterior, retorno da regressão à dependência, agora em processo organizado rumo à independência, criando um círculo virtuoso que se repete inúmeras vezes.

Winnicott relata uma experiência marcante:

Em poucas palavras, tive uma paciente (mulher atualmente na meia-idade) que tinha feito uma boa análise normal antes de procurar-me, mas que obviamente ainda precisava de ajuda. Este caso deu inicialmente a impressão de pertencer ao primeiro grupo de minha classificação, mas apesar de o diagnóstico de psicose nunca ter sido dado por nenhum psiquiatra, o diagnóstico psicanalítico precisava ser feito em termos de um desenvolvimento muito precoce de um falso eu. Para que o tratamento fosse efetivo, era necessário que houvesse uma regressão em busca do verdadeiro eu. Felizmente neste caso foi-me possível lidar com todo o processo da regressão, isto é, sem ajuda de uma instituição. Eu havia decidido no início que o movimento regressivo teria toda a liberdade, e em momento algum – salvo uma única vez ainda nos primeiros tempos – fiz qualquer tentativa de interferir na regressão, que seguia o seu próprio curso. (Essa única exceção consistiu numa interpretação dada por mim a partir do material que havia surgido, ligado ao erotismo e sadismo orais na transferência. A interpretação era correta, mas chegou seis anos cedo demais, porque eu ainda não acreditava inteiramente na regressão. Para minha própria segurança, eu precisava testar o efeito de pelo menos uma interpretação comum. Quando chegou o momento adequado para essa interpretação, ela não era mais necessária.) Passaram-se entre três ou quatro anos antes que o fundo da regressão fosse alcançado, após o que iniciou-se um progresso no desenvolvimento emocional. Não houve nova regressão. O caos não se fez presente, mas esteve sempre ameaçando (WINNICOTT, 2000, p.376).

Essa experiência, considerada única pelo autor em função do tratamento e do manejo realizados, fez com que ele efetuasse uma revisão crítica quanto à sua condição de ser humano, psicanalista e pediatra. Foi necessário aprender a

examinar a técnica frente a todas as dificuldades surgidas, cerca de doze e em todas elas ficou claro que a causa estava sempre ligada a um aspecto da contratransferência, o que implicava na necessidade de uma auto-análise adicional. A revisão da técnica não foi feita só nesse caso, mas em muitos outros, mesmo mais comuns.

Um ponto central na questão do manejo do *setting* está ligado à regressão. Winnicott considerava que o termo regressão significava o contrário de progresso, considerado este último a evolução do indivíduo, psicossoma, personalidade e mente junto com caráter e socialização. O progresso tem sempre início em fase anterior ao nascimento, sendo biologicamente impulsionado. Para a psicanálise, a saúde implica na continuidade desse processo evolutivo da psiquê e na maturidade do desenvolvimento emocional adequado à idade do indivíduo. Não pode haver uma simples reversão do progresso, para que a regressão ocorra. Para que isso aconteça, é fundamental que haja uma organização que facilite o processo regressivo por vezes necessário. Assim, encontram-se:

1. Uma falha ambiental, originadora de um falso eu;
2. A crença na capacidade de correção dessa falha, representada pela possibilidade de regressão, o que implica em complexidade egóica;
3. Uma provisão ambiental especializada, seguida por regressão verdadeira (WINNICOTT, 2000).

Não se pode chamar de regressão a todas as situações em que um comportamento infantil se faz presente. Quando se fala em regressão em termos psicanalíticos, o que emerge é a idéia de organização do ego e ameaça de caos, ou seja, a existência de um mecanismo de defesa muito bem organizado do qual faz parte um falso eu. Não deixa de ser normal e saudável o esforço do indivíduo para proteger o seu eu contra as falhas ambientais específicas por meio do “congelamento da situação da falha”, com a concepção inconsciente de que algum dia essa falha poderá ser descongelada e revivida dentro de um ambiente capacitado a promover a adaptação adequada.

Khedy (1995) considera importante manejar o *setting* para descongelar determinada situação, sem se esconder em uma técnica padronizada. Ilustrando a afirmação, relata o caso de uma paciente de trinta e cinco anos, paranóide e com sintomas de despersonalização. Chegava, em algumas situações a provocar ferimentos profundos em seu próprio corpo até sentir dor, buscando com ela alívio

para o sentimento de não existência, pois podia sentir-se novamente “inteira e procurar ajuda médica para sutura do ferimento”. Era uma pessoa agressiva, ameaçadora e sempre conseguia uma forma de deixar o analista preocupado ou mesmo com medo do que poderia fazer. A alternativa encontrada por ele foi tentar o manejo adequado do *setting*. Uma das ameaças sempre feita era a de deixar o analista trancado em seu consultório, chegando a comprar um cadeado e a mostrá-lo a ele, provocando com isso diversos sentimentos, inclusive a vontade de interrupção do tratamento. Quando esses sentimentos foram relatados à paciente, ela tentou se justificar e, a partir daí, passou a confiar mais no analista, ligando, inclusive, para sua residência, quando estava mais desesperada.

Certa ocasião, quando entravam no consultório, a paciente se adiantou ao analista, entrou e não permitiu que ele entrasse. Aturdido em um primeiro momento, logo após se deu conta de que não havia nenhum risco real, pois a janela tinha grades e dava para a varanda. A dois pedidos seguidos para que abrisse a porta, ambos sem resposta, seguiram-se ruídos que indicavam a desorganização e a quebra de objetos presentes no consultório. Nova turbulência do analista que pensa em seus pertences, anotações e agendas, tudo sendo destruído, mas que, paradoxalmente, pensa no sofrimento que a paciente deveria estar experimentando. O processo durou quinze minutos, após o que ela abriu a porta. O analista entra e encontra tudo fora do lugar, com a paciente sentada no chão, com a cabeça entre as pernas. Ele percebe que nada fora quebrado e começa a reorganizar o local, dizendo, após algum tempo, que aquilo foi uma forma de ela expressar como estava se sentindo: tudo fora de lugar, desorganizado, mas que nada estava quebrado, permitindo, portanto, que tudo fosse recolocado no devido lugar.

A partir desse dia, a paciente deixou de ameaçar o analista e passou a transmitir a idéia da existência de certa dependência, passando a falar, inclusive, de forma mais suave, com sinais de gratidão.

Com a adaptação do *setting*, o analista foi capaz de mostrar, de forma quase concreta, que alguém poderia ajudá-la a se reorganizar. A capacidade adaptativa do analista foi fundamental, aceitando as agressões da paciente que denotavam uma forma grotesca de sobreviver.

3.4 O manejo do *setting* e o brincar

Winnicott (1975) relata casos por ele atendidos, em que houve necessidade de manejo do *setting* para permitir a expressão mais espontânea da criança, através do brincar. Segundo o autor, a experiência do brincar alcançou maior significado a partir do conceito de “fenômenos transicionais”, entendidos estes como a substituição da utilização pela criança de partes do próprio corpo – punho, dedos e polegares – para satisfação dos estímulos erógenos orais por outros objetos que representem a chamada “primeira possessão” que seja “não-eu”. A esse objeto, representativo do “não-eu”, Winnicott deu o nome de “objeto transicional” e a criança desenvolve com ele uma relação objetal com qualidades especiais:

1. Há uma concordância dos adultos para que a criança assuma direitos sobre ele;
2. O objeto é amado, acariciado e, também, mutilado;
3. Esse mesmo objeto deve conservar as suas características originais, que só poderão ser alteradas pela própria criança;
4. Nessa relação, o objeto deve resistir á agressividade e ao amar-odiar instintivo;
5. Para a criança, ele deve parecer ter vida e realidade;
6. Ainda dentro da percepção da criança, o objeto não provém do mundo externo, tal como o percebe o adulto, mas também não é oriundo do mundo interno, não sendo, portanto uma alucinação;
7. O destino do objeto não é ser esquecido, mas relegado ao limbo, com progressiva perda de investimento afetivo da criança.

A experiência do brincar está associada à existência de um espaço denominado “espaço potencial” que existe entre a mãe e a criança e que representa um contraste com o mundo interno – e todas as experiências psicossomáticas – e também com o mundo externo e suas dimensões objetivas. Para o autor, *o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia (...)* (WINNICOTT, 1975, p.63).

Ainda segundo o autor, é somente no brincar que qualquer pessoa, adulto ou criança, pode expandir a sua criatividade e utilizar a sua personalidade integral, descobrindo seu próprio *self*.

Dentro dessa abordagem, pode-se utilizar a técnica de manejo do *setting* como instrumento para permitir o brincar e entender a sua representação dentro do *setting* ou ainda fornecer estímulos para que ele ocorra fora do vínculo, permitindo, assim, a expressão de conteúdos emocionais que podem facilitar a evolução do processo terapêutico.

3.5 O manejo do *setting* e a situação de *holding*

Já foi dito que a função de *holding* é o principal atributo do *setting*. Importa, agora, destacar as condições específicas dessa função, para que se compreenda a sua real importância.

Para Abram (2000), todas as particularidades do cuidado materno antes e depois do nascimento compõem o *holding*, que inclui a preocupação materna primária da mãe e o fornecimento de suporte egóico.

O autor sustenta que Winnicott veio a empregar o termo pela primeira vez em meados da década de 50, embora o conceito estivesse presente desde o início de sua obra. O paradigma bebê-mãe suficientemente-bom torna-se a base da teoria do *holding* e é em função de um *holding* suficientemente - bom que o bebê se torna apto a desenvolver um sentimento do “eu”. O bebê, amparado pela mãe, só entende o amor em termos físicos, ou seja, através do *holding* humano, caracterizando, nesse ponto, a dependência absoluta. É exatamente essa fase absoluta que caracteriza a “fase de *holding*”.

É com a relação mãe-bebê que tem início o *holding* suficientemente – bom, dentro da própria família, expandindo-se, posteriormente, para outros ambientes sociais.

Em 1960, com o trabalho “*Theory of the Parent – Infant Relationship*”, Winnicott conclui definitivamente o conceito, incluindo, no ambiente de *holding*, necessariamente o pai. A possibilidade de o bebê estabelecer uma separação entre o “eu” e o “não – eu”, reconhecendo pai e mãe como pessoas distintas, está ligada a um ambiente de *holding* bem sucedido proporcionado pelos pais.

Para Mello Filho (2001), Winnicott salientou o fato de que todas as pessoas são produto de uma integração constante e permanente com o meio ou de um processo de maturação com um ambiente facilitador. Embora Freud e outros autores tenham, de alguma forma, abordado essa questão, foi Winnicott quem fundamentou as bases de uma psicologia do inter-relacionamento, com origens no período pré-natal, que foi chamada de “preocupação materna primária”. Caracteriza-se, aí, uma identificação profunda entre a mãe e seu bebê ainda na fase intra-uterina que possibilita à mãe tornar-se uma “mãe suficientemente boa”.

3.6 Aspectos comuns do *setting* analítico e do *setting* pediátrico

Embora haja diferenças entre o *setting* analítico e o pediátrico, pode-se dizer, contudo, que há pontos de convergência absolutamente relevantes, sendo o principal deles o exercício da função de *holding*. O ambiente da consulta pediátrica deve ser de tal forma agradável que permita à criança e, na maioria das vezes, à mãe ou cuidador viver um ambiente terapêutico compartilhado. A função de *holding* nesse ambiente deve ser decorrente da personalização e da não formalização exagerada do vínculo. O pediatra, no oferecimento do *holding*, deve ser maleável, flexível e criativo e, em casos específicos, deve dar suporte especial. A espontaneidade deve ser sempre uma meta a ser alcançada. O contexto do *setting* pediátrico deve, também, buscar reproduzir aquilo que Winnicott (2000) chamou de técnicas de maternagem da primeira infância e dos estágios iniciais, resultantes de sua confiabilidade. O pediatra, nesse caso, estaria exercendo a função de “mãe suficientemente boa” para a criança e sua mãe, aumentando, com esse suporte, a possibilidade de integração do verdadeiro *self* e conseqüente eficácia no tratamento.

De forma prática, baseada na experiência da autora, o manejo do *setting* pode ser realizado de formas e estilos variáveis que diferem ou se assemelham entre si, porque são condicionados aos estilos de crianças e cuidadores que procuram atendimento médico. Não se pode dizer que haja uma forma rígida de conduta que norteie o manejo, mas apenas diretrizes que já foram relatadas anteriormente e cujo embasamento se encontra na obra de Winnicott.

Aliás, a esse propósito, Winnicott (1984) leciona que a utilização da técnica denominada entrevista terapêutica, muito próxima da consulta pediátrica com manejo do *setting*, é extremamente flexível, não sendo possível a algum

profissional saber exatamente o que fazer, baseando-se no estudo de apenas um caso. Da mesma forma, leciona que o profissional não deve se entusiasmar na ocorrência de um resultado positivo de caráter sintomático. Em alguns casos, não haverá resultado observável e em outros até poderá se observar um mau resultado, não podendo esse fato ser considerado falha do método ou do profissional.

3.7 Outras considerações a respeito do *setting* e seu manejo

Em estudo sobre o *setting* na clínica fonoaudiológica, Lembi (2000) pesquisou, por meio de entrevistas com profissionais de fonoaudiologia, como o *setting* é entendido e constituído nessa clínica, partindo da noção da existência de um espaço, mas desconhecendo-lhe a constituição e as idéias que o fundamentam.

As conclusões, a partir das respostas dos entrevistados, podem ser sintetizadas da seguinte forma:

1. Houve dupla definição para *setting*. Para alguns, representa apenas espaço físico, constituído concretamente pelo local onde ocorre o processo terapêutico. Para outros, além desse componente físico, há também o campo das relações interpessoais, com características subjetivas, composto, basicamente, do profissional, do paciente, da família e da secretária que atua no consultório;

2. No *setting* também foram identificados múltiplos elementos, como a sala de espera, a sala de terapia, a secretária, a entrevista inicial, os procedimentos fonoaudiológicos, o contrato terapêutico, os honorários, a alta e a duração do tratamento, além da chamada intersubjetividade da dupla terapeuta-paciente;

3. Não foi observado consenso em relação à forma de disposição desses elementos;

4. Os elementos do *setting* são tratados de acordo com a personalidade do profissional, pois inexitem normatizações específicas nessa área profissional;

5. Na ausência de um referencial, o terapeuta passa a conduzir o *setting* de forma intuitiva;

6. O profissional iniciante se coloca de forma rígida e inflexível, temendo incorrer em erros e, com o passar do tempo, vai adquirindo experiência e transformando o *setting*, adaptando-o às suas condições pessoais;

7. Em função de um elevado número de alternativas, alguns podem encontrar uma organização mais adequada, enquanto outros podem encontrar maiores dificuldades nessa estruturação;

8. Finalmente, há poucos estudos sobre o tema, que é fundamental à eficácia e produtividade do processo terapêutico.

Verifica-se, assim, que fora do ambiente da psicologia e da psicanálise, poucas pesquisas têm sido produzidas a respeito do *setting*, seu manejo e suas possibilidades enquanto instrumento efetivo de promoção da saúde. Os fatos clínicos descritos no presente trabalho, utilizando o método definido a seguir, buscam expandir a compreensão do conceito e demonstrar a validade e eficácia de sua correta utilização para os médicos pediatras.

3.8 A observação de “fatos clínicos” no *setting*

Tendo em vista o objetivo do presente estudo, que é a descrição de “fatos clínicos” em que houve a intervenção da autora por meio de manejo do *setting* para alcançar a mudança psíquica necessária à eficácia do tratamento médico, cumpre, agora, explicitar o significado de “fato clínico”, primeiro de forma mais abrangente e, depois, limitando sua significação aos campos da psicanálise e da pediatria.

Quinodoz (1994) esclarece que o termo “fato clínico” tem origem médica e caracteriza um fenômeno observado por um médico em um paciente, sugerindo, portanto, uma relação direta com o real ou observável. No entanto, pondera o autor, não há apenas aspectos objetivos nos “fatos clínicos”. Há, também, o aspecto relacional e subjetivo. Assim, uma dor alegada pelo paciente deve ser considerada, mesmo quando não se encontre uma causa objetiva, de ordem somática, para explicá-la.

O conceito de “fato clínico” não pode ser, portanto, separado do conceito de “área”, ou seja, um mesmo fato pode ter relevância em uma área e não ter em outra.

Na medicina essa ligação fica bem evidente, na medida em que o médico vai situar o fato em uma determinada área de atuação, por intermédio de um diagnóstico específico, sendo esse um procedimento indispensável, antes do uso de qualquer terapia. Muitas vezes, o sucesso do tratamento depende, em grande parte,

de como os “fatos clínicos” são situados, para que o paciente possa ser encaminhado ao especialista correspondente.

Para a psicanálise, o “fato clínico” descreve uma experiência específica, sintetizando um processo por intermédio de aspectos, até então, desvinculados, possibilitando a articulação de modelos teóricos e prática clínica, conforme propõe Bion (1962).

Quinodoz (1994) estabeleceu uma divisão entre os “fatos clínicos” psicanalíticos: aqueles que ocorrem externamente à situação psicanalítica e outros que ocorrem dentro da situação psicanalítica e que caracterizam os “fatos clínicos psicanalíticos” propriamente ditos. Os primeiros caracterizam fatos observáveis, relacionados aos fenômenos inconscientes, mas desprovidos de uma dimensão essencial, já que não se desenvolvem no contexto da transferência – contratransferência. Isso ocorre em circunstâncias em que o psicanalista observa acontecimentos psíquicos significativos em entrevistas iniciais de avaliação, em lapsos ou atos falhos característicos do cotidiano das pessoas e na avaliação psicanalítica da obra de um autor ou artista, já no campo da psicanálise aplicada.

Os segundos ocorrem no contexto da relação analisando/analista e desenvolvem seu potencial dentro do enquadramento da relação transferencial - contratransferencial, ou seja, dentro do *setting* psicanalítico.

Volmer Filho (1994) define o “fato clínico” psicanalítico como algo construído a partir de um relacionamento decorrente da comunicação de fatos, internos ou externos à sessão, ou de sonhos, estados afetivos e de conduta do analisando. Também fazem parte dessa construção, a experiência emocional do analista e a teoria e técnica que utiliza e que busca dar novo significado à comunicação trazida pelo paciente.

Na visão de Ahumada (1994), a emergência de “fatos clínicos” dependerá, fundamentalmente, da capacidade de construção de um campo de observação pelo analista muito mais do que das teorias que utiliza, além da manutenção de neutralidade, capacidade observacional e intuitiva e *insights* contratransferenciais, devendo esses fatos evoluírem do intuitivo para o observável.

Riesenberg-Malcolm (1994) caracteriza o “fato clínico” como algo que ocorre na sessão, expressando o vínculo entre analista e paciente, sendo, basicamente, a compreensão que o analista tem do vínculo em um dado momento. Mesmo considerando que muitas coisas ocorrem externamente à sessão

psicanalítica, com reflexos na vida mental do paciente, elas só ficam disponíveis para o trabalho analítico, tornando-se assim “fatos clínicos”, quando aparecem na sessão.

Quinodoz (1994) define algumas características gerais dos “fatos clínicos” psicanalíticos. São elas:

1. A observação e a comunicação: os “fatos clínicos” permitem a apreensão de elementos observáveis e a atribuição de um lugar a esses elementos, tornando-os objetivos, para que, dessa forma, possam ser comunicados. A comunicação visa à partilha da experiência psicanalítica com o próprio paciente e com outros psicanalistas;

2. A mobilidade: Os “fatos clínicos” psicanalíticos são eventos que se repetem, mas sempre de forma diferente, construindo-se e voltando a se desmanchar, representando a resultante de um grande número de forças infinitamente complexas.

3. A previsibilidade: Em que pese a existência da mobilidade, certos fenômenos da vida psíquica tendem a aparecer de forma recorrente, o que permite dar-lhes essa característica de previsibilidade.

Para o mesmo autor, os “fatos clínicos” psicanalíticos possuem dois aspectos bem evidentes: um sentido manifesto e um sentido latente. O manifesto representa aquilo que pode ser diretamente observado, mas que só é significativo na medida em que revela o conteúdo latente, de caráter inconsciente, que é o que verdadeiramente interessa ao psicanalista. Apesar de o conteúdo latente não poder ser submetido à observação direta, ambos os conteúdos, manifesto e latente, são indissociáveis.

Outra observação importante feita pelo autor é a de que os “fatos clínicos” psicanalíticos podem ser usados em entrevista inicial para despertar o interesse do paciente para a realidade da vida psíquica, capacitando-o a experimentar a essência do inconsciente, enquanto se encontra em contato direto com o analista.

Os “fatos clínicos” que emergem nas consultas de pediatria podem ser considerados de duas naturezas, apesar de estarem intrinsecamente ligados, sendo aqui dissociados apenas com finalidade explicativa: “fato clínico amplo senso”, ligado a uma área médica específica, no caso a pediatria e, portanto sujeito aos procedimentos técnicos dessa área para efeito de diagnóstico e tratamento e, em outra vertente, “fato clínico psicanalítico”, na medida em que um fenômeno que diz

respeito à vida mental do paciente e de familiares ou cuidadores é compreendido pelo pediatra e a eles explicado. Por óbvio que para que o fenômeno tenha essa dupla conotação, há necessidade de preparação adequada do médico na perspectiva da compreensão de toda a dinâmica presente na consulta e fora dela, o que significa a adequada caracterização do *setting* pediátrico e o seu competente manejo. Esse manejo, com o objetivo de permitir ao paciente e familiares ou cuidadores a compreensão de um fato clínico, nos dois sentidos aqui expostos, pode ser feito mesmo em uma primeira consulta, como forma de despertar todos os envolvidos para os eventos de ordem psíquica que de alguma forma podem estar influenciando no quadro clínico apresentado, na linha sustentada por Quinodoz (1994).

3.9 A mudança psíquica em pediatria

Como já exposto, o objetivo do presente trabalho é demonstrar como o adequado manejo do *setting* na consulta pediátrica pode determinar mudança psíquica na criança, pais ou cuidadores, de modo a facilitar a adesão ao tratamento proposto e atuar de forma preventiva, evitando a eclosão de outros transtornos somáticos de origem psíquica.

Nessa linha, torna-se importante ressaltar o que foi escrito por Winnicott (1984) a respeito de se alcançar a mudança psíquica, mesmo que seja em uma única consulta, pois esse fato pode despertar o paciente para a realidade de sua vida mental.

Diversos autores conceituaram de diversas formas a mudança psíquica, às vezes referindo-se a uma alteração do estado mental da pessoa de caráter circunstancial e outras vezes referindo-se a mudanças mais consistentes e de longo prazo (JOSEPH, 1992).

Na pediatria, mesmo que essa mudança seja apenas circunstancial, ela determinará uma nova postura frente à conduta do médico, o que abrirá espaço para que o tratamento se mostre eficaz e consiga dar mais consistência à mudança alcançada, facilitando novos tratamentos, caracterizando, dessa forma círculo virtuoso de enorme valor terapêutico.

Zimerman (1992) e Soar Filho (1998) propõem que um dos principais atributos do pediatra é ser “contínente”, ou seja, tolerar dentro de si e saber como lidar com toda a carga de sentimentos expressos pelo paciente, pais ou cuidadores

que incluem hostilidade, raiva, ódio, boicote ao tratamento, entre outros, refletindo estado mental que, de alguma forma, pode estar influenciando ou sendo influenciado pela doença instalada. O simples fato de não haver retaliação a esse tipo de expressão emocional já pode criar pré-disposição favorável à mudança.

Freud (1976) identificou as dificuldades para a ocorrência da mudança consistente, essencialmente ligadas às características da energia sexual, às dificuldades de estruturação do ego, à compulsão à repetição e impregnação de energia em determinado conflito intra-psíquico ligado a um objeto.

Joseph (1992), por seu turno, considera importante não caracterizar as mudanças como um processo final, mas como algo que é dinâmico e deve ser acompanhado em todos os momentos, significando uma forma pessoal de lidar com as ansiedades. Para a autora não se deve estar ocupado com a representação desses movimentos, por ela chamados de *shifts*, se de progresso ou retrocesso, para que não se perca a linha que conduzirá a um processo mais duradouro. Em pediatria, contudo, deve-se observar com mais cautela esses pequenos movimentos, se favoráveis ou desfavoráveis, pois sendo favoráveis representam oportunidade real de avanço do tratamento médico, sempre levando-se em conta que, diferentemente do que ocorre no processo analítico, o pediatra não dispõe de muitas sessões para conseguir algum êxito em seu tratamento, já que a tendência natural é a busca de outro profissional, caso resultados clínicos satisfatórios não sejam alcançados em curto espaço de tempo. É imprescindível, portanto, aproveitar os *shifts* para alcançar a adesão ao tratamento ou condutas preventivas adequadas, sem querer resolver os conflitos de qualquer natureza presentes na vida mental da criança, pais ou cuidadores, mas sempre lembrando a possibilidade de identificá-los e de sugerir, para eles, tratamento adequado (WINNICOTT, 1984).

Para Joseph (1992), a capacidade de escutar e estar plenamente com o paciente pode ajudá-lo a compreender melhor e lidar com suas próprias ansiedades e com seus relacionamentos, obtendo, com isso, um processo de mudança considerado mais saudável. Aqui vale lembrar que o paciente que procura a análise o faz para efetivamente mudar, do ponto de vista de seu estado mental, o que não acontece na consulta pediátrica, situação em que criança e pais ou cuidadores estão presentes para obter mudança apenas de um quadro físico instalado. Conseguir *shifts* relacionados a esse quadro orgânico já é, sem dúvida, um grande progresso,

até porque existem defesas estruturadas que dificultam esses movimentos e quando eles ocorrem em um campo desestabilizam algum outro.

É oportuno lembrar que a grande mudança psíquica que ocorre no curso do desenvolvimento emocional normal é a passagem da posição esquizo-paranóide para a posição depressiva, segundo o modelo de evolução baseado na integração do ego proposto por Klein (1991), a partir da reintegração das partes cindidas do *self*.

Winnicott (2000), expressando alguns comentários sobre a posição depressiva, afirma que o termo utilizado não é o mais adequado, na medida em que inexistente qualquer processo ligado à doença do humor. Sugere ser mais indicado o uso do termo “estágio do concernimento”, apesar de reconhecer que o termo usado por Klein deve prevalecer na literatura psicanalítica. Na análise do conceito, o autor esclarece que uma abordagem útil da questão inclui o adjetivo “impiedoso”. Em seu ponto de vista, a criança é inicialmente impiedosa, não dando importância às consequências de seu amor instintivo, sem por certo ter consciência disso, o que só ocorre por ocasião de processos regressivos. Esse estágio é por ele chamado de estágio de pré-piedade ou de pré-compaixão e que, em algum momento da história individual, se transformará em estágio de piedade ou de compaixão, sendo que essa mudança ocorre gradualmente, sob certas condições de maternagem, no período compreendido entre os cinco e os doze meses de idade ou pode ocorrer até um período muito posterior ou mesmo não ocorrer. Essa passagem para o estágio do concernimento faz com que a criança tenha consciência das consequências de seus atos e inicie a vivência de processos de culpa em caso de ataques agressivos e tenha a percepção de que é possível conviver com amor e ódio com relação à mesma pessoa, surgindo, aí, além da culpa, também a consideração.

O manejo do *setting* na consulta de pediatria, ao oferecer *holding* não só à criança, mas também aos pais ou cuidadores, pode reproduzir condições de maternagem que permitam algum vislumbre do estágio do concernimento, em que as consequências das ações individuais se tornam conscientes, assim como a noção de possibilidade de convivência de sentimentos ambivalentes, tanto na direção criança-pais como na contrária. Esse breve *flash* do desenvolvimento emocional abre espaço para a aceitação da proposta de tratamento, além de, eventualmente, servir para impulsionar a procura pelo conhecimento mais amplo desse desenvolvimento.

Esse manejo, contudo, só se torna eficaz, se observadas as atitudes fundamentais de gentileza, respeito, compreensão, simpatia e amabilidade propostas por Nelson *et al* (1977) e que tornam possíveis os pequenos movimentos psíquicos no caminho da saúde física e mental.

Vistos, dessa forma, todas as características do *setting* analítico e pediátrico e os “fatos clínicos” que podem ser observados em ambos, cumpre, neste momento, apresentar os principais objetivos do presente estudo e o método utilizado para a descrição dos “fatos clínicos” em consulta pediátrica em que se utilizou o manejo do *setting* como fundamento para a mudança psíquica necessária à eficácia do tratamento proposto.

III. OBJETIVOS

São objetivos do presente estudo:

1. Descrever “fatos clínicos” em que a autora utilizou a intervenção por meio de manejo do *setting* como facilitador de mudança psíquica, em consultas de pediatria;
2. Ilustrar a importância de conceitos da clínica do *self* de Winnicott para aprimorar a intervenção que os pediatras podem fazer, ampliando assim a compreensão psicológica da prática clínica com seus pacientes.

IV. MÉTODO

O método utilizado nesta pesquisa é o descritivo clínico e foi vinculado à prática clínica da autora. Ele relata a queixa, a história, a evolução e o tratamento clínico de “fatos clínicos” observados em três pacientes, durante sua experiência em atendimento de crianças em consultório, bem como descreve a intervenção por meio de manejo do *setting*.

Esses “fatos clínicos” foram selecionados pela autora dentre os prontuários de pacientes por ela atendidos em seu consultório, porque permitiram, em função de suas características clínicas de queixa, evolução e tratamento, a utilização da técnica de intervenção por meio de manejo do *setting*.

As intervenções por meio de manejo do *setting* são utilizadas com a finalidade de facilitar a mudança psíquica na consulta pediátrica, sendo esta entendida como movimentos de melhor aderência ao tratamento e modificações de postura diante de situações trazidas na consulta com conseqüente melhora clínica de sintomas.

Posicionamentos não favoráveis, tais como resultados não nítidos ou maus resultados, são esperados e podem estar presentes, quando se faz uma intervenção, conforme relata Winnicott (1984) e esses posicionamentos exigirão maior tempo e empenho, tanto do paciente como do médico, para sucesso terapêutico.

O emprego dessa técnica é justificável, na medida em que se constata que, se a oportunidade for dada para uma criança ou adulto de maneira adequada e profissional, mesmo no tempo limitado de contato profissional existente na consulta de pediatria, eles trarão e exporão o problema ou a tensão sob a qual estão vivendo e que, nesse momento, poderá estar vindo à tona sob a forma de distúrbios somatoformes (Winnicott, 1984).

A autora acredita que o momento da consulta pediátrica seja oportuno para a utilização da técnica de intervenção por meio de manejo do *setting* e os “fatos clínicos” descritos são ilustrativos de que a leitura psicanalítica dos sintomas apresentados, feita adequadamente pelo pediatra, poderá trazer benefícios aos pacientes.

1. AMOSTRA

Compõem a amostra “fatos clínicos” observados em três pacientes da clínica ambulatorial em que a autora atua profissionalmente. Os prontuários dos pacientes pertencem ao acervo dessa clínica ambulatorial e as anotações relativas a esses “fatos clínicos” estão registradas em seu acervo pessoal.

Os “fatos clínicos” deste estudo foram escolhidos dentre os pacientes do consultório da autora, pelo critério de conveniência, porque apresentavam, no primeiro atendimento, características próprias para a utilização do manejo do *setting* em seu benefício.

São descritas vinhetas do manejo do *setting* utilizado. Não são utilizados os sujeitos-pacientes atendidos, mas os conteúdos trazidos pelas crianças ou por seus cuidadores, além daqueles percebidos clinicamente durante os atendimentos.

Para efeito de compreensão desses “fatos clínicos” são descritos segmentos dos casos com identificação pelos sintomas apresentados no momento da consulta.

A seguir, são feitas breves descrições dos “fatos clínicos”.

Fato Clínico Um: Apatia e Inapetência

Queixa: Inapetência, apatia, sonolência diuturna, não brincava e não saía de casa há algum tempo, em torno de um ano.

A criança veio à consulta acompanhada da madrasta, que parecia bastante preocupada, pois ela apresentava os sintomas referidos quando vinha para a casa do pai, seu marido. Solicitou que a autora pedisse vários exames, pois achava que a criança poderia estar com alguma doença que pudesse prejudicá-la. A paciente sentou-se ao lado da madrasta e aguardou em atitude muda que ela relatasse os fatos e apenas confirmou com gesto afirmativo de cabeça, quando foi argüida sobre a veracidade dos fatos.

Fato Clínico Dois: Obstipação Intestinal

Queixa: Obstipação intestinal há quatro dias.

A criança veio à consulta acompanhada da mãe e da avó materna. A avó mostrava-se muito preocupada e dizia já ter utilizado medicamentos caseiros do tipo chás e alimentos laxantes na tentativa de ajudar a criança a evacuar, mas não tinha obtido sucesso. A mãe mostrava-se calma, sorridente e não interferiu no relato anterior, como se fosse apenas expectadora de um fato alheio à sua família. A criança, muito dócil, estava triste. Sentou-se entre a mãe e a avó, deitou a cabeça sobre a mesa do consultório, aguardando a reunião em torno do seu sintoma.

Fato Clínico Três: Laringite Aguda

Queixa: Laringite aguda há quatro dias.

A criança veio à consulta acompanhada da mãe. Ela estava grávida do quarto filho, no final da gestação, faltando duas semanas para o parto. O relato do fato ocorrido foi feito com demonstração de muita preocupação da criança, pois segundo a mãe, ela queria saber se poderia voltar a sentir a mesma falta de ar que havia sentido no episódio referido. Um parente da criança, que é médico, conversou com ela e tentou aplacar suas dúvidas, o que já havia sido feito pela própria mãe, mas a criança insistiu em vir ao pediatra, mesmo sabendo das dificuldades da mãe no momento, em função do final da gestação e do fato de ter mais dois filhos pequenos para cuidar.

2. PROCEDIMENTO

As consultas em que foram observados esses “fatos clínicos” foram previamente agendadas através de contato telefônico feito com as secretárias do consultório, exceto a do “fato clínico três” em que o paciente veio à consulta sem prévio agendamento. No dia e hora marcados, as consultas foram atendidas em consultório de pediatria pela autora.

Todas as consultas seguiram o roteiro de se estabelecer o diagnóstico a partir de comunicação, feita pela mãe ou cuidador à pediatra, da queixa clínica e duração do sintoma que originou a visita ao médico, realizando-se, posteriormente, a investigação da história pregressa da doença atual; a pesquisa de fatores familiares e pessoais associados e, na seqüência, a verificação de outros fatores associados, como os aspectos sociais e ambientais que, como já relatado em capítulo anterior, podem influenciar direta ou indiretamente os sintomas manifestados.

Os exames físicos foram realizados em todos os casos e observadas alterações que pudessem estar concorrendo para o distúrbio atual. Os exames complementares, quando necessários, foram solicitados. O encaminhamento a outros especialistas, em alguns casos, também foi necessário e os cuidadores orientados nesse sentido.

Em todos os casos, após o estabelecimento da hipótese de tratar-se de distúrbio somático associado a fatores não físicos, de natureza psicológica, foi utilizada a técnica de manejo do *setting*.

A intervenção por meio de manejo do *setting* não seguiu roteiro padronizado, pois cada caso descrito teve uma característica de intervenção baseada no aspecto do sintoma e no nexos causal que cada um apresentou, porém, todos tiveram em comum o ambiente de *holding* que se estabeleceu no momento da consulta, fator este determinante para essa intervenção.

Na seqüência final, em todos os casos, foi feito o fechamento da consulta com a orientação de que estava se procedendo a um tratamento mais abrangente, em que a aderência dos cuidadores às orientações dadas tinha papel relevante.

Foram programados retornos para todos os casos, que não obedeceram a um cronograma pré-estabelecido, mas foram definidos pela autora no momento da consulta, da forma julgada conveniente para cada “fato clínico”.

3. AMBIENTE

Os pacientes foram atendidos em uma clínica médica em que atendem outros profissionais da área médica. Ela fica localizada em um bairro central da Zona

Leste de São Paulo, próxima à estação do Metrô e de fácil acesso a diversos meios de transporte, possuindo estacionamento, que facilita a ida àquele local de quem tem meio próprio de locomoção.

As consultas referentes aos “fatos clínicos” um e dois foram previamente marcadas através de contatos telefônicos dos cuidadores com a recepcionista da clínica. A consulta do “fato clínico” três não foi previamente agendada.

Nos casos em que as consultas foram marcadas com antecedência, as crianças e seus cuidadores compareceram à clínica em horário conveniente, um pouco antes do estabelecido para a consulta. No caso em que não houve contato prévio, a criança e seu cuidador compareceram à clínica e aguardaram o atendimento.

Os pacientes e seus cuidadores foram atendidos por recepcionistas treinadas para esse fim, que utilizaram agenda para checagem da anotação prévia do horário e do nome da criança a ser atendida.

A criança e seu cuidador, após terem se identificado na recepção, foram encaminhados à sala de espera própria para consultório, com revistas para adultos e crianças, onde aguardaram o momento da consulta.

O consultório da autora está instalado em uma sala medindo doze metros quadrados, contendo uma mesa com três cadeiras e uma pia lavatório; conjugada a esta, há outra sala que contém uma mesinha e duas cadeirinhas próprias para criança, onde estão giz de cera, lápis coloridos, papéis e revistas e, ainda, o divã pediátrico para exame clínico, os materiais médicos e o lavatório.

V. RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados três “fatos clínicos”, selecionados dentre os prontuários de pacientes atendidos pela autora em seu consultório e que permitiram, em função de suas características de queixa, evolução e tratamento, a utilização da técnica de intervenção por meio de manejo do *setting*.

Os fatos clínicos estão identificados pelas queixas apresentadas no momento da consulta. São eles: Fato Clínico Um: apatia e inapetência; Fato Clínico Dois: obstipação intestinal; Fato Clínico Três: laringite aguda.

FATO CLÍNICO UM: APATIA E INAPETÊNCIA

Menina, de nove anos, freqüentando a terceira série do ensino fundamental, foi trazida à consulta pela madrasta com a queixa clínica de que há um ano sentia apatia, sonolência diuturna e inapetência para todos os tipos de alimentos, inclusive os de sua preferência, ainda, que não queria brincar e não se interessava em sair de casa para passear.

A cuidadora mostrava-se muito preocupada, pois dizia que a criança vinha para a casa do pai de quinze em quinze dias e lá tinha tudo o que queria e era possível ao pai dar a ela. O pai da criança, segundo contou, era muito bom e gostava muito da menina e só não ficou com ela no momento da separação do casal, porque o juiz determinou que a guarda ficasse com a mãe.

A cuidadora insistiu para que fossem realizados exames de laboratório para avaliar que doença poderia estar desencadeando tanto desânimo e consumindo a criança.

A menina ficou durante todo o tempo do relato com a cabeça deitada na mesa do consultório, dando a impressão de que ela não podia mais suportar o peso do conteúdo presente em sua vida mental. A atitude era de inexpressividade e mudez, mostrando que ela não iria se importar se a criança que estava ali não fosse tratada.

Foi-lhe perguntado se todo o relato estava correto e a resposta foi afirmativa, com um gesto de cabeça. Foi-lhe perguntado, também, se havia algo a acrescentar e a resposta foi negativa, também com manifestação gestual.

Procedeu-se, então, à investigação de dados pregressos, assim como de antecedentes pessoais e familiares que pudessem esclarecer o “fato clínico” em questão, perguntando-se desde quando isso começou a acontecer e se, na casa da mãe, ela tinha a mesma postura.

A resposta da cuidadora esclareceu que a mãe biológica era muito desatenta quanto aos cuidados dispensados à criança, pois tinha mais dois filhos menores, de pais diferentes; trabalhava fora e tinha muitos afazeres em casa, uma vez que era sozinha para trabalhar, cuidar da casa e de três filhos.

Referiu ainda que os sintomas apareceram depois da morte da avó paterna há um ano, parente com quem a criança morou por cinco anos e que a criou com muita atenção e mimos. Foi solicitado à madrasta da criança que esclarecesse com mais detalhes esse episódio. Ela referiu que os pais da paciente se separaram quando ela tinha três anos; como a mãe não podia ficar com ela, por necessitar trabalhar para manter a casa, foi deixada com a avó paterna para que esta se encarregasse de fornecer-lhe os cuidados necessários, ficando, dessa forma, também mais próxima do pai, que possuía mais condições financeiras. O processo transcorreu sem intercorrências por cinco anos até que a avó, repentinamente, ficou doente e veio a falecer de infarto agudo do miocárdio. Após essa ocorrência, a mãe da paciente quis cumprir a determinação judicial exarada por ocasião da sua separação e a levou para morar consigo, afastando-a do convívio com o pai, que por lei, só tinha direito de trazê-la para sua casa nos finais de semana a cada quinze dias.

A mãe iniciou um processo de responsabilização da criança em ajudar a cuidar de dois irmãos mais novos, um com quatro anos e o outro com dois anos, filhos de sua mãe com outros parceiros. A mãe trabalhava à noite e dormia durante o dia, o que de certa forma acabava por dificultar os cuidados com os filhos: não preparava refeições e não participava do convívio com as crianças, deixando a cargo da menina tarefas que seriam de sua competência realizar.

A menina acordava bem cedo para arrumar os pequenos e deixá-los prontos para irem à creche, pois a perua escolar que os levava passava às seis horas e trinta minutos. O encargo de esperar as crianças na volta da creche também era dela, assim como o de prepará-los para dormir. A paciente não se alimentava até as quinze horas e trinta minutos, no horário da merenda escolar, pois não sentia fome e não tinha motivação para comer. Ao voltar da escola, tinha de preparar seu

jantar. Seus irmãos comiam na creche e ela fazia a refeição sozinha, pois, nesse horário, a mãe estava trabalhando e ao chegar do trabalho encontrava todos dormindo. Não havia convívio familiar.

Quando perguntado o que a criança achava de, nos fins de semana, ir para a casa do pai, a cuidadora respondeu tratar-se de um bálsamo e que não gostava de ir embora. O pai, sabendo dessa situação, passou a buscá-la semanalmente, com a concordância da mãe.

Após iniciar esses relatos, a menina ficou mais animada e passou a sorrir de vez em quando, prestando muita atenção no que estava sendo dito e fazendo gestos de concordância com a cabeça. Não deitou mais a cabeça e seu estado de alerta melhorou, dando a impressão de que agora sua situação poderia ser falada, ouvida, compreendida e, quem sabe, até resolvida.

Perguntado à criança se ela brincava e do que brincava, a resposta se iniciou por uma pausa, seguida de breve explanação, em que ela explicou que não brincava porque não sabia do que brincar e não tinha amigas com quem brincar. A madrastra concordou com a resposta e acrescentou que isso vinha ocorrendo desde o início dos sintomas.

Na seqüência, foi realizado o exame físico, em que os dados gerais foram anotados, apresentando peso com dois quilos abaixo do normal e altura normal para idade. O restante do exame apresentava-se dentro dos parâmetros da normalidade

No seguimento do caso, foram pedidos exames laboratoriais para avaliar possíveis causas orgânicas do quadro clínico e o conseqüente comprometimento do estado geral.

Foi feita uma intervenção com a cuidadora da criança para que o vínculo da paciente com a mãe pudesse ser restabelecido e as necessidades básicas serem atendidas, com normalização do horário de acordar pela manhã, além de ter a alimentação com horários regulares e a disponibilidade de alimentos facilitada pela mãe.

Foi marcado retorno para quando os exames requisitados estivessem prontos.

No retorno, quando os resultados dos exames ficaram prontos, a cuidadora compareceu à consulta sem a criança, pois esta não pôde estar presente.

Foi feita a avaliação dos exames, cujos resultados estavam normais e passados os dados para a cuidadora.

A madraستا contou que a menina estava com mais motivação, alegre, tendo telefonado para o pai e voltado a brincar. Na última vez em que havia estado na casa paterna, havia dormido menos tempo, feito refeições com o pai e a madraستا com maior quantidade de alimentos e brincado com a bicicleta. Referiu também que ela e o pai estavam muito contentes com a melhora visível da criança, o que os motivou a pedir ao juiz, que orientou a separação dos pais, a rever a situação de convivência limitada que ela tinha com eles, sugerindo-lhe que ampliasse esse período. Contou, também, que a mãe havia falado em mudar-se para o interior de Minas Gerais definitivamente, levando a paciente consigo, mas o pai tomou a decisão de não mais se afastar da criança.

Nessa oportunidade, ela perguntou se o que havia acontecido não poderia ter sido por consequência da morte da avó da menina, pois foi depois desse evento que tudo se iniciou. Referiu ter muita pena dela, pois sua mãe não lhe dava atenção e queria muito ser sua cuidadora.

Foi feita a segunda intervenção, em que se procurou explicar os acontecimentos com a finalidade de ampliar os conhecimentos da madraستا, que se apresentava insegura e, apesar de não saber como proceder, mostrava muito interesse em ajudar a criança.

A morte da avó foi realçada como fator importante, já que, de alguma forma, ela compensava a ausência de maternagem e o seu desaparecimento promovia o retorno da criança aos cuidados da mãe, fato que pode ter gerado insegurança e desencadeado o transtorno digestivo representado pela inapetência.

Procedeu-se à orientação da cuidadora para que motivasse a mãe verdadeira a fornecer apoio às necessidades de cuidados maternos da criança e que, caso a mãe não conseguisse, a própria cuidadora poderia se propor a assumir essa função, participando assim da maternagem da criança.

Nessa ocasião, a cuidadora foi também esclarecida quanto ao motivo que estava levando a paciente a não brincar, sendo-lhe demonstrado que a área do brincar é o espaço potencial onde ela pode elaborar ou ser criativa. A paciente, que estava vivendo a separação de seus pais e a desorganização de seu lar, assim como a morte da avó, não tinha elaborado todos esses acontecimentos e como consequência não conseguia brincar, pois o espaço interior e o ambiente externo não estavam organizados.

Em relação a isso, a cuidadora foi orientada a incentivar a criança a brincar com jogos que tivessem no seu conteúdo vivências familiares, do tipo “jogo da vida”.

Houve, ainda, orientação quanto à procura de atendimento psicológico especializado, caso se observasse estacionamento ou piora do quadro relatado.

Ainda como parte do tratamento, foram prescritos medicamentos, tais como, composto polivitamínico, estimulante do apetite e dieta com os nutrientes necessários ao desenvolvimento da criança.

A cuidadora foi orientada a marcar novo retorno, caso julgasse necessário.

FATO CLÍNICO DOIS: OBSTIPAÇÃO INTESTINAL

Menina de cinco anos, freqüentando escola de educação infantil, veio à consulta acompanhada da mãe e da avó materna com a queixa clínica de que não evacuava havia quatro dias, desde que tinha chegado da casa do pai, no Paraná.

A avó materna mostrava-se muito preocupada, pois já havia procedido a administração de alguns produtos caseiros do tipo chá, sucos e alimentos laxantes, sem ter obtido o efeito desejado.

A mãe da criança mostrava-se calma, em atitude de defesa, alegando que isso nunca havia ocorrido antes, não participando do relato, deixando que a avó assumisse toda a explicação dos fatos.

A criança estava tranqüila, sem sinais de sofrimento, mas parecia triste.

Foi-lhes perguntado o que havia alterado o hábito intestinal da criança, já que esse fato, segundo a mãe, era inédito. A avó relatou que, desde que a criança havia chegado da casa paterna, não conseguia evacuar. Disse, também, que ela tinha se recusado a ir com o pai, mas cedeu após muita resistência, pois era período de férias e, por ordem judicial, ele tinha o direito de ficar com ela por quinze dias durante as férias escolares.

A avó relatou que, nas férias anteriores, a criança também relutou em ir para a casa do pai, mas cedeu porque a avó a levou de ônibus e durante a viagem puderam conversar a respeito do tempo que permaneceria longe da casa em que era vivia. Relatou que, quando retornou dessa viagem, a menina apresentou quadro de retenção urinária que melhorou aos poucos, sem medicação.

A avó achava que esses sintomas poderiam ser de origem emocional e mostrou interesse em esclarecer os motivos que os determinavam.

A criança, quando perguntada sobre o motivo pelo qual havia se recusado a ir para a casa do pai, relatou que não queria ficar longe de sua casa, mas que gostava muito do pai e ficava muito triste de ter de ficar longe dele e vir embora, quando as férias terminavam. Esclareceu, ainda, que o pai era muito carinhoso e amigo.

Em tempo, a avó esclareceu que os pais da criança se separaram quando ela tinha três meses. A mãe morava com seus pais em São Paulo e o pai residia no Paraná sozinho. O juiz, por ocasião da separação do casal, havia determinado que a criança ficasse com a mãe regularmente e quinzenalmente com o pai, no final de semana, o que não ocorria com frequência, pois ele não tinha condições financeiras de viajar.

Em seguimento à consulta, procedeu-se à investigação dos dados pregressos da queixa, antecedentes pessoais e familiares que pudessem estar envolvidos no caso clínico, sem que se pudesse deles extrair algo de relevante para a compreensão da manifestação sintomática.

Ao exame físico, todos os sistemas se encontravam íntegros, sem alterações, inclusive o abdômen que não apresentava qualquer anormalidade.

Foi feita, então, a orientação terapêutica, com a recomendação de ingestão de dieta laxante constituída de alimentos fibrosos e frutas, assim como líquidos em grande quantidade para hidratação das fezes. Foi prescrita medicação laxante suave com mínima dose, com a orientação de que os efeitos seriam sentidos após doze horas.

A mãe foi orientada para que, caso não houvesse melhora ou se ocorresse piora dos sintomas, a criança deveria ser levada ao pronto socorro do convênio médico, para se proceder a lavagem intestinal com a eliminação do conteúdo fecal.

Nesse contexto, em que foi feita a orientação terapêutica e geral dos sintomas desse “fato clínico”, procedeu-se também a uma intervenção com a explanação sobre os motivos que haviam levado a criança a apresentar os sintomas já referidos, fornecendo-lhes mais informações acerca do assunto.

Solicitou-se à mãe que telefonasse no dia seguinte ao da consulta, no mesmo horário em que havia estado no consultório, para informar sobre a evolução do quadro apresentado.

Atendendo ao solicitado, no dia seguinte e no mesmo horário da consulta, a mãe da criança fez contato telefônico. Relatou que havia seguido todas as orientações dadas e que, em menos de doze horas, a criança havia conseguido evacuar de forma normal. Disse ainda que a criança se manteve bastante tranqüila, não tendo mais alterações no sistema digestivo e o sintoma apresentado não voltou a aparecer.

A mãe foi orientada para continuar com a mesma dieta, fornecendo fibras que facilitariam a eliminação das fezes e suspendendo o uso de laxantes. Foi orientada, também, para ficar atenta às necessidades da criança e fornecer-lhe o acolhimento necessário, exercendo, dessa forma, a sua função materna primária. A mãe disse que tinha dificuldade em saber como fornecer esses cuidados e, por essa razão, foi orientada a respeito.

Foi marcado novo retorno, após uma semana, para reavaliação do “fato clínico”.

No dia e horário marcados, a mãe e a criança compareceram à consulta. Ambas apresentavam atitudes de intimidade, mostrando total desenvoltura para conversar com a pediatra. A menina foi logo falando que estava muito bem e que não havia sentido mais nada do ocorrido anteriormente. Levantou-se e foi brincar na mesinha disposta no consultório. A mãe confirmou o relato e acrescentou que ela também se sentia mais animada e segura em cuidar da criança, sugerindo com esse relato que a função de maternagem estava ocorrendo de forma satisfatória.

Foi perguntado à criança se ela já tinha conversado com o pai, após a volta da casa dele. Ela confirmou, dizendo que tinha telefonado para o pai e conversado muito com ele, prometendo ligar com mais frequência.

A mãe foi esclarecida de que a criança estava bem e que se os sintomas voltassem, seria aconselhável o encaminhamento ao psicólogo para um suporte maior em nível emocional, o que a ajudaria a enfrentar as situações de sua vida.

Foi orientada, ainda, a marcar retorno, quando julgasse conveniente ou fosse necessário.

FATO CLÍNICO TRÊS: LARINGITE AGUDA

Menino de sete anos, cursando a primeira série do ensino fundamental, foi trazido à consulta por sua mãe, com a queixa de que havia tido um episódio de laringite aguda há quatro dias.

A criança foi trazida ao pediatra, pois se mostrava muito preocupada com o fato e receosa de que voltasse a sentir a falta de ar que havia sentido no episódio já referido.

A mãe contou que a criança estava de férias e foi passar alguns dias em uma estância climática com a madrinha. A estância climática era local com o qual a criança estava acostumada e a madrinha era pessoa com quem ela adorava estar. Referiu, ainda, que não pôde acompanhá-lo, pois estava na penúltima semana de gravidez e em tempo de espera do parto. Contou também que, antes de viajar, a criança estava muito preocupada em deixar a mãe, ficando relutante em ir, mas concordando posteriormente, cedendo ao pedido da madrinha.

Na noite seguinte à viagem, a criança começou a sentir muita falta de ar, que progressivamente foi se agravando, tendo sido levada ao pronto socorro local. O médico que a atendeu diagnosticou um quadro de laringite aguda com edema de glote, tendo sido prontamente atendida e medicada com os remédios próprios para a obstrução do trato laríngeo. A sintomatologia cedeu rapidamente e a criança recebeu alta com a prescrição de medicamento para ser utilizado por mais cinco dias e a orientação de retornar caso piorasse.

No dia seguinte a esse episódio, foi examinada por parente médico, que, ao verificar sua melhora, perguntou à criança como estava se sentindo. Ela respondeu que tinha uma “bola no peito apertando seu coração”; estava triste e queria sua mãe. O médico achou que o quadro clínico havia sido desencadeado por fator emocional e orientou a madrinha a levar a criança para junto de sua mãe, o que foi prontamente feito, antecipando o retorno das férias.

Ao chegar, com a mãe já inteirada do acontecido, a criança abraçou-a, dizendo que nunca mais queria sair de perto dela. Pouco depois, já instalado em casa, todos os sintomas desapareceram.

Cabe destacar que o menino tinha, à época dos fatos, dois irmãos, um menino com cinco anos de idade e uma menina com dois anos. Sua mãe relatou que ele demonstrava muita preocupação com ela, apesar de ter como característica

a introversão e a timidez. Adorava ficar em casa com os pais e irmãos e brincar com eles. Gostava de jogar bola, correr e ver televisão. Adorava os avós e viajava sempre com eles. A mãe esclareceu que o paciente já havia presenciado duas gestações anteriores, mas a atual parecia ser aquela que mais o está descontrolando.

Procedeu-se à investigação dos antecedentes pessoais e familiares, que se encontravam dentro da normalidade. A mãe relatou que esse foi o primeiro episódio da doença, não correlacionando com nenhum dos agentes etiológicos perguntados (alérgico, infeccioso, medicamentoso ou outros associados).

O exame físico da criança revelou ausência de sinais físicos que demonstrassem a presença de qualquer anormalidade.

Na seqüência, procedeu-se à orientação da mãe e da criança sobre a função respiratória, já que havia a preocupação de que, caso o fato se repetisse, o controle da respiração poderia ficar difícil.

Dessa forma, a criança foi orientada sobre o fato de que a respiração poderia ser feita pelo nariz e pela boca, portanto, a probabilidade da falta de ar ser total era muito pequena. Quanto à pressão que sentiu no peito, que também a preocupava por achar que seu coração estava sendo apertado por uma bola, a criança foi esclarecida que esse órgão se encontra muito bem protegido e que esse sintoma seria avaliado por um cardiologista, mas com grande chance de não ser encontrada qualquer anormalidade física, pois o exame físico estava normal.

Em relação ao tratamento clínico, a mãe recebeu a orientação para ficar atenta a processos que pudessem desencadear novos episódios de laringites, tais como alergias, infecções, medicamentos ou substâncias químicas.

A mãe também foi orientada sobre a necessidade de consultar o cardiologista e o alergista, para avaliação de fatores associados ao fato ocorrido.

Em outra linha, foi orientada no sentido de não permitir que a criança ficasse longe do lar nesse período, pois, quando isso ocorreu, ela apresentou sintomatologia importante.

A consulta foi encerrada com a marcação de retorno da criança ao consultório, após o nascimento do irmão ou a qualquer momento, se houvesse necessidade.

Após cerca de vinte dias da primeira consulta, a mãe do paciente retornou ao consultório, trazendo o bebê que havia nascido para a primeira consulta ao pediatra, acompanhada da sogra e da irmãzinha menor do paciente.

Como o menino não havia comparecido para retorno, conforme ficou acertado, a mãe foi questionada sobre como ele estava passando. Ela respondeu que estava muito bem, não tinha tido mais nenhuma intercorrência clínica entre a última consulta e aquele dia. Acrescentou, ainda, que o menino não se afastou mais dela até a hora do parto, mesmo quando comparecia aos retornos das consultas com o obstetra que antecederam o nascimento do bebê, porque tinha receio de que os sintomas da obstrução da laringe se repetissem.

Referiu ainda que, no dia do parto, ela explicou que iria para o hospital e o motivo de não poder levar nenhum outro filho consigo, o que foi muito bem aceito pela criança. Os avós quiseram levar os netos para sua casa, mas só a menor aceitou, sendo que os outros permaneceram em casa com o pai, aguardando a volta da mãe com o bebê.

Quando a mãe retornou da maternidade, o paciente e seu irmão estavam tranquilos e mantinham atitudes de colaboração nos cuidados ao recém-nascido.

Em torno de uma semana após o parto, a rotina doméstica tinha se estabelecido. O paciente e seus irmãos voltaram às aulas; faziam seus deveres escolares de forma regular e brincavam como antes do nascimento do irmão.

Assim, a mãe achava que o “fato clínico” estava superado, pois o menino não queria mais ser examinado, achando que não era portador de nenhuma doença. A mãe perguntou se realmente ele não tinha mais qualquer doença.

Procedeu-se à intervenção com a explicação de que a criança, no período antecedente ao parto, estava vivendo grande ansiedade com a chegada do irmão mais novo por, provavelmente, considerar que os cuidados maternos, de que ainda necessitava, fossem ficar mais escassos e ela não podia mais suportar outra intromissão na sua relação com a mãe.

A mãe foi aconselhada a continuar dando atenção às necessidades básicas, oferecendo a maternagem de que precisava e esclarecida de que o fato de brincar com os irmãos significava que a área de elaboração e de criatividade estava preservada.

A orientação foi encerrada com a observação de que, caso fosse necessário, poderia ser marcado novo retorno à pediatra.

Após quinze dias, a mãe trouxe novamente o recém-nascido para outra consulta. Nessa oportunidade, foi-lhe perguntado como o menino estava evoluindo. A mãe referiu que ele estava passando muito bem, sem sintomatologia clínica, mantendo a rotina escolar e as brincadeiras com os irmãos e amigos.

Pode-se, então, concluir que o paciente havia realmente superado o “fato clínico” que dera origem àquela consulta.

VI – DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram, de forma inequívoca, a possibilidade de se alcançar mudança psíquica, com conseqüente remissão de sintomas ou maior adesão ao tratamento em consulta de pediatria, a partir da intervenção por meio do manejo do *setting*, considerando-se, aqui, mudança psíquica dentro de seu caráter mais circunstancial, conforme conceito descrito por Joseph (1992). Nos relatos apresentados, mesmo que a mudança tenha sido circunstancial, representando apenas pequenos movimentos (*shifts*), ela acabou por determinar uma nova postura de pacientes e cuidadores frente à doença e à conduta médica, abrindo espaços expressivos para mudanças mais duradouras que podem ocorrer, inclusive, por intermédio de tratamento psicoterápico, a partir de proposta feita pelo próprio pediatra, na linha sustentada por Winnicott (1984) de que uma única consulta pode ser importante para a mudança psíquica, pois o que ocorre nessa consulta pode despertar o paciente para a realidade de sua vida mental.

O que parece mais significativo no atendimento aos pacientes, cujos “fatos clínicos” foram objetos deste trabalho, foi o *setting* construído, em que a pediatra buscou ser “contínua”, ou seja, procurou lidar com toda a carga de sentimentos expressos pelos pacientes, pais ou cuidadores (ZIMERMAN, 1992; SOAR FILHO, 1998). Auxiliou muito ainda nessa construção a forma direta como as principais questões foram tratadas no *setting*, dentro de um contexto de diálogo mais amplo, com o objetivo de obter dados importantes para a compreensão da saúde global da criança (BLANK, 2003). Vale salientar a preocupação sempre presente com o aspecto preventivo geral da intervenção e não apenas com os sintomas apresentados, buscando alcançar um nível de equilíbrio entre as necessidades básicas da criança e o ambiente onde ela vive nas diversas etapas do seu desenvolvimento.

Foram abertos espaço e tempo para ouvir a mãe ou cuidador, a criança e a família, demonstrando, com isso, que a criança poderia ser compreendida de forma *holística* e não apenas em sua sintomatologia (BUENO *et al*, 2005) e as atitudes de gentileza, respeito, compreensão, simpatia e amabilidade estiveram presentes em todas as consultas (NELSON *et al*, 1977).

Todo o roteiro da consulta de pediatria foi rigorosamente seguido com anamnese detalhada, exame clínico cuidadoso e conduta médica cautelosa que incluiu, quando necessários, exames complementares, para sustentar adequadamente o diagnóstico firmado e medicação adequada. De tudo, foi dado conhecimento às mães ou cuidadores, com explicação detalhada em linguagem compreensível, na forma proposta por Sano *et al* (2002).

O *setting* construído buscou, portanto, criar o ambiente de *holding*, reproduzindo técnicas de maternagem da primeira infância e dos estágios iniciais para a criança, mãe ou cuidador, resultantes de sua confiabilidade (WINNICOTT, 2000).

Em relação ao “fato clínico um”, o que se verificou foi um quadro de apatia geral e inapetência em uma menina de nove anos, após a morte da avó um ano antes, pessoa com quem a criança morou por cinco anos, após a separação dos pais, ocorrida quando tinha três anos de idade.

No momento em que foi feita a segunda intervenção, ampliando-se as explicações acerca do que estava ocorrendo com a criança para a sua madrastra, buscou-se, em primeiro lugar, expandir os seus conhecimentos sobre a realidade da criança, conforme proposta de Sano *et al* (2002) e, em segundo lugar, oferecer-lhe o necessário ambiente de *holding* (WINNICOTT, 2000).

Nesse contexto, foi-lhe explicado que a morte da avó da paciente, parente que lhe dispensava todos os cuidados necessários e que, de alguma forma, compensava a ausência de maternagem no início do seu desenvolvimento, teve como conseqüência o retorno da criança aos cuidados da mãe e, novamente, o contato com as falhas da “mãe suficientemente boa” e, a partir daí, o desencadeamento de transtorno digestivo representado pela inapetência (MELLO FILHO, 2001).

Ainda nessa segunda intervenção, quando foi solicitado à madrastra para que motivasse a mãe biológica no sentido de fornecer apoio e cuidados maternos à criança, buscou-se construir o ambiente de *holding* na vida familiar, com o suporte egóico necessário (ABRAM, 2000), que poderia ser dado, caso a mãe biológica não conseguisse, pela própria madrastra, que assim participaria da maternagem da criança.

Ao se esclarecer a cuidadora sobre o fato de a criança não brincar e de como esse fato estava associado à separação dos pais, à desorganização do lar e à

perda da avó, com reflexos preocupantes no seu processo de elaboração e de criatividade, levou-se em conta o lecionado por Winnicott que assegura que *é no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral; e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (self)*. Winnicott relata, ainda, *que o brincar facilita o crescimento da criança* (WINNICOTT, 1975, p.76).

Com relação ao esclarecimento de que a criança poderia utilizar jogos com conteúdos ligados à vivência familiar, o objetivo foi permitir que ela vivenciasse situações do cotidiano e, utilizando esse espaço potencial, pudesse encontrar a melhor forma de reorganizar seu “verdadeiro eu” e transformar os episódios de sua vida (WINNICOTT, 1975).

A orientação para procura de atendimento psicológico especializado, caso se observasse estacionamento ou piora do quadro relatado também está sustentada em proposta de Winnicott (1984).

Em síntese, o “fato clínico” observado na consulta, constituído de apatia e inapetência, revela um quadro mais amplo de desordem interna, em que a função “mãe suficientemente boa”, na fase da dependência absoluta, parece não ter sido bem desempenhada, dificultando a construção do verdadeiro *self*, devido à proteção natural a seu núcleo. Na seqüência do processo, parece ter havido, também, insuficiência da função paterna, na fase de dependência relativa e de resto, à exceção da avó, insuficiência de toda a família em seu sentido mais amplo. Dessa forma, faltou o caminho de transição entre os cuidados dos pais e a vida social, na perspectiva da maturidade emocional (WINNICOTT, 2005). Talvez por isso, a criança apresentasse dificuldade de se aproximar de outras pessoas, inclusive crianças, no sentido de expandir o seu círculo social que por certo facilitaria a expressão de sua criatividade com a utilização de sua personalidade integral.

Em relação ao “fato clínico dois”, o que se verificou foi um quadro clínico de obstipação intestinal com duração de quatro dias, em uma menina de cinco anos, cujos sintomas se iniciaram após o retorno das férias passadas na casa do pai, localizada no Estado do Paraná. Os pais da criança estavam separados desde quando ela tinha três meses. A mãe morava em São Paulo com os seus pais e o pai residia sozinho no Paraná. Por determinação judicial, a criança ficava regularmente com a mãe e, quinzenalmente, no final de semana, com o pai, o que não era efetivamente cumprido, pois ele não podia viajar com freqüência. Também fazia

parte dessa determinação, a permanência da criança com o pai, por quinze dias, nas férias escolares, o que não era bem aceito por ela. No período anterior de férias, ao retornar da casa do pai, apresentou quadro de retenção urinária que melhorou espontaneamente, sem medicação.

Importante salientar que, como descrito no capítulo precedente, apesar de estarem presentes à consulta a mãe e a avó da paciente, quem mais parecia preocupada com a criança e relatava com mais detalhes o que estava ocorrendo era a avó, permanecendo a mãe em atitude passiva.

A intervenção inicialmente feita, com orientação para administração de uma dieta laxante, teve por objetivo eliminar o sintoma físico apresentado. Paralelamente, houve intervenção por meio do manejo do *setting*, com a finalidade de fornecer à mãe e à avó explicações sobre os motivos que teriam levado a criança a apresentar os sintomas referidos, com informações detalhadas acerca do assunto, conforme propõem Sano *et al* (2002).

A dificuldade em eliminar o conteúdo intestinal mostrava que a criança estava localizando no sistema digestivo ansiedades desencadeadas por falhas da função “mãe suficientemente boa” (MELLO FILHO, 2001), e que, na consulta, foram representadas pela total ausência de participação da mãe no relato da história e evolução dos acontecimentos, pois ela parecia não ter comparecido à consulta, deixando a criança e seus sintomas apenas com a avó.

Foi mostrado o ganho secundário que a criança poderia estar obtendo com os sintomas apresentados, uma vez que a ocorrência de retenção não era inédita, mas recorrente, tendo se localizado no trato urinário na primeira vez e no trato intestinal na segunda. Quinodoz (1994) alerta para a previsibilidade e a mobilidade dos “fatos clínicos” com a recorrência dos mesmos e Soar Filho (1998) escreve que o uso de doenças e sintomas pode ser a expressão de sentimentos negativos em relação a pessoas ou situações.

Na seqüência da intervenção, ao solicitar à mãe que telefonasse à pediatra no dia seguinte e no mesmo horário em que estava se processando a consulta, para relatar a evolução do sintoma, o objetivo foi transmitir à criança e aos familiares a noção de previsibilidade e estabilidade do médico, fatores essenciais para a construção de um *setting* adequado (WINNICOTT, 2000). Com a confirmação, através dessa ligação, da remissão do sintoma apresentado,

confirmou-se a relevância da manutenção dos aspectos comunicacionais no *setting* de pediatria (SANO *et al*, 2002).

Nessa mesma ligação, ao orientar a mãe sobre a necessidade de estar atenta às necessidades da criança, fornecendo-lhe o necessário acolhimento, a pediatra procurou transmitir-lhe a noção do que seja a “função materna primária” (WINNICOTT, 1975) e também oferecer-lhe *holding*, já que ela alegava não saber como oferecer esses cuidados. A pediatra procurou transmitir a idéia da importância da presença materna não necessariamente oferecendo soluções, mas demonstrando interesse em estar junto à criança (WINNICOTT, 2000).

No retorno marcado, após uma semana, pode-se observar como o *setting* na função de *holding* conseguiu dar suporte à criança em suas tensões emocionais, originadas pela separação física da mãe, nos termos propostos por Mello Filho (1995). Além disso, conseguiu dar oportunidade para que a criança pudesse dar vazão ao sentimento de amor que sentia pelo pai e elaborá-lo, bem como pudesse elaborar a quebra do vínculo familiar, o que foi demonstrado pela regularização do fluxo intestinal.

A visita ao pediatra, provocada pelo aparecimento do distúrbio somatoforme, forneceu, também, a oportunidade para que a mãe pudesse ser despertada para o fornecimento de *holding* e exercício da maternagem de que a criança tanto necessitava (ABRAM, 2000).

Também ficou evidente a existência de ganho secundário da criança na vigência do sintoma, consistente na maior atenção a ela dispensada por mãe e avó (SOAR FILHO, 1998). O ganho secundário com o sintoma, contudo, deixou de ser necessário, a partir do momento em que a mãe, devidamente orientada, passou a realizar adequadamente a maternagem.

A orientação final para procura de atendimento psicológico especializado, caso houvesse recorrência dos sintomas, também compôs a situação de manejo, ao transmitir a idéia de que sempre existem recursos científicos adicionais para uma situação dessa natureza e que, portanto, mãe e criança nunca estariam sozinhas no processo de reorganização interna de cada uma e do próprio vínculo. Importante observar como apenas duas consultas foram suficientes para produzir razoável grau de mudança psíquica na criança e em sua mãe, confirmando o ensinamento de Winnicott (1984) de que, por vezes, uma única consulta já pode ser suficiente para despertar o paciente para a realidade de sua vida mental.

Em relação ao “fato clínico três”, o que se verificou foi a ocorrência de laringite aguda em criança de sete anos, sintoma surgido por ocasião de viagem de férias da criança com sua madrinha, à época em que sua mãe se preparava para o parto de mais um filho. O paciente, na ocasião, era o filho mais velho de uma família com mais duas crianças, uma com seis e outra com dois anos.

A primeira intervenção feita foi decorrente da preocupação da mãe e da criança sobre a possibilidade de reaparecimento do sintoma. Além do aspecto prático envolvendo a fisiologia da respiração, a intervenção teve por finalidade explicar com detalhes o que poderia estar ocorrendo com a criança, na linha proposta por Blank (2003) e Mello filho (1992), de que a criança e os responsáveis devem ser orientados em relação ao sintoma trazido e avaliado. Nessa mesma linha, Ferreira (1986, apud MELLO FILHO, 1992) sustenta que a criança deve ser informada de sua doença, desde que tenha condições de entendimento, já que é ela o paciente.

A orientação geral sobre processos orgânicos que pudessem desencadear novos episódios fundamenta-se na proposta de Sano *et al* de que as explicações acerca do ocorrido devem ser feitas aos cuidadores e ao paciente com a finalidade de se inteirarem do caso, o que faz melhorar consideravelmente a aderência ao tratamento.

Na orientação relativa ao não afastamento da mãe, nesse período de espera do novo irmão, o manejo foi sustentado na linha da preocupação materna primária, pois havia no paciente a idéia de que essa preocupação não mais existiria com a chegada da nova criança. Dessa forma, era importante a presença do paciente junto à mãe, pois assim continuaria percebendo o exercício efetivo da maternagem, junto a ele e aos demais irmãos, apesar da gestação avançada. Mais uma vez, a intervenção é sustentada na proposta de Winnicott (2000) de que a atenção materna requerida pela criança nem sempre implica em soluções, mas apenas em demonstração de interesse por ela.

A mãe também foi orientada a manter essa atenção, fornecendo o necessário *holding* até quando a independência da criança se processasse (ABRAM, 2000). Ao fazer a intervenção sobre o fato de a criança continuar brincando com os irmãos e que isso significava a preservação da esfera criativa e de elaboração, levou-se em conta os ensinamentos de Winnicott (1975) de que o brincar é por si só uma terapia que possui aplicação universal e imediata e que a

área da brincadeira, chamada de espaço potencial, é aquela em que a expansão do viver criativo pode ser elaborada de forma facilitada pela previsão da mãe, que fornece à criança o sentimento de confiança ambiental necessário para o desenvolvimento dessa experiência criativa.

O desaparecimento do sintoma e a sua não recorrência, aliados a uma postura de participação familiar e social, relatados pela mãe em nova consulta, vinte dias depois da primeira e após o nascimento do novo irmão, confirmam a proposta de Abram (2000) de que a previsibilidade da mãe, com o fornecimento de cuidados essenciais às suas necessidades, havia dado oportunidade para que a criança pudesse superar o distúrbio somatoforme apresentado e retomar o processo rumo à maturidade emocional.

Mais uma vez, cumpre destacar que uma única consulta foi suficiente para promover mudança psíquica, tanto na mãe quanto na criança (WINNICOTT, 1984). O manejo do *setting* na consulta, com o oferecimento de *holding* e o aconselhamento exercido com tolerância pela pediatra, na forma defendida por Crespim (1992), dando suporte ao sofrimento da criança e fornecendo explicações e suporte também para a mãe, foram essenciais para o resultado alcançado.

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

O presente trabalho procurou demonstrar em que formas de orientação terapêutica o manejo do *setting* pode ser utilizado para facilitar a mudança psíquica.

A mudança psíquica foi observada na medida em que os sintomas apresentados inicialmente diminuíram de intensidade ou desapareceram.

A intervenção no tratamento com manejo do *setting*, representada pela orientação fornecida aos cuidadores e às crianças, pôde contribuir para o restabelecimento do equilíbrio emocional.

No “fato clínico um”, a menina pôde se restabelecer dos sintomas de apatia e inapetência, quando foi atendida por sua madastra em suas necessidades primárias, a qual valorizou seus sintomas, trouxe-a ao pediatra, levou-a fazer os exames pedidos pelo médico, veio à consulta de retorno para receber os resultados e as orientações que fizeram parte do manejo do *setting* e, foi através dela, que as orientações puderam chegar até a criança e o tratamento pôde ser instituído.

O manejo do *setting* oferecido pela pediatra, em função de *holding*, facilitou a função maternagem da cuidadora em relação à criança, possibilitando assim que ela entrasse em contato com seu verdadeiro *self* e assim, através dessa oportunidade criada por esse ambiente propício, a menina pôde se reorganizar e elaborar partes cindidas do seu interior.

A melhora da inapetência, do estado de ânimo e a volta do brincar demonstrou que esse processo de mudança psíquica estava se processando.

No “fato clínico dois”, a criança apresentava dificuldade de aceitação da situação de rompimento do vínculo familiar e da separação de seus pais, manifestada pelos sintomas repetitivos de retenção urinária e obstipação intestinal, que apareceram quando retornava da casa do pai. Essa sintomatologia trazida para o *setting* da consulta de pediatria pôde oferecer à criança a oportunidade de vivenciar as suas tensões emocionais.

A reconstituição da maternagem, cuja ausência foi demonstrada pela mãe por ocasião da primeira consulta, foi facilitada com o manejo do *setting*, na medida em que se atribuiu a ela tarefa doméstica específica com relação aos sintomas apresentados pela criança e dela se cobrou informações referentes a essa ação afirmativa, consistente em contato telefônico em dia e hora marcados. A avó

materna aderiu a esse manejo, permitindo que a neta fosse cuidada pela mãe que passou a se responsabilizar pelo tratamento e retornos ao pediatra.

Dessa forma, a criança sentiu que os cuidados primários, aqui representados pela assistência aos sintomas, podiam ser satisfeitos pela mãe, o que contribuiu para a reelaboração de seus conteúdos.

A criança pôde falar sobre o amor que sentia pelo pai e telefonar para ele quando sentisse necessidade e diante dessa possibilidade pôde perceber que o vínculo entre ela e o pai não estava rompido.

Nesse caso, o manejo do *setting* possibilitou à mãe internalizar a função de atendimento às necessidades da criança e esta pôde elaborar a separação de seus pais.

A mudança psíquica pôde ser percebida pelo restabelecimento do trânsito intestinal, “fato clínico” que originou a consulta de pediatria.

No “fato clínico três”, o paciente que, apesar de ter sete anos, mantinha com a mãe relação de dependência relativa, quando foi dela afastado sentiu a ameaça de perda das relações objetais e como não se encontrava em condições de expressar sua agressividade contra esse fato, por ser tímido e introvertido, expressou-se através da sintomatologia laringeana.

A consulta foi originada pela preocupação da mãe e da criança com a repetição do quadro clínico. Nesse caso, a situação de maternagem pôde ser restabelecida com o comparecimento da mãe à consulta.

O manejo do *setting* proporcionou-lhes a oportunidade de obter as explicações de que necessitavam; ofereceu à criança a oportunidade de saber se ainda poderia ter cuidados maternos e conscientizou a mãe para continuar a oferecer maternagem e *holding* a esse filho, que, mesmo sendo o mais velho, ainda mantinha dependência relativa dela.

A ausência de recorrência de sintomas foi confirmada pela mãe, por ocasião da primeira consulta do recém nascido, à qual a criança não compareceu por se encontrar muito bem.

A continuidade de sua melhora pôde ainda ser observada em outra oportunidade, quando a mãe do paciente esteve novamente no consultório e relatou que ele continuava sem sintomatologia clínica.

A mudança psíquica pôde ser percebida pela ausência de sintomas relatada em duas oportunidades pela mãe, que também referiu a tolerância à sua

ausência, a independência que já estava vivenciando e as brincadeiras com seus irmãos e amigos.

As considerações aqui apresentadas, relativas à descrição de três “fatos clínicos” ocorridos na prática clínica da autora, fazem parte de uma experiência de vinte e seis anos de prática clínica pediátrica, em que foi utilizada a técnica descrita nos “fatos clínicos” constantes deste estudo.

Elas permitem concluir que é factível intervir na consulta de pediatria com a técnica de manejo do *setting* e facilitar a mudança psíquica para obtenção de bons resultados, como os aqui representados pela melhora clínica das crianças.

Sugere-se, para pesquisa futura, o estudo longitudinal de “fatos clínicos” e como o manejo do *setting* pode desempenhar a função de facilitador da mudança psíquica, observando-se de forma sistemática a evolução dos casos clínicos estudados.

REFERÊNCIAS

ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott. Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott.** Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

AHUMADA, J. L. O que é um fato clínico? A Psicanálise Clínica como método indutivo. **Revista Brasileira de Psicanálise.** V.XXVIII (4), 1994. p. 635—56.

ALCÂNTARA, P. Introdução ao estudo da Pediatria. In: Marcondes, E. (coordenador geral). **Pediatria Básica.** São Paulo. Sarvier, 1994. p. 3-9.

ANDO, T; Friggi, M. N. P. Aspectos odontológicos da infância. In: Marcondes, E. (coordenador geral). **Pediatria Básica.** São Paulo: Sarvier, 1994. p. 125-32.

BION, W. **Learning from experience.** London: Heinemann, 1962.

BLANK, D. A Puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro: v.79, supl.1, 2003. p. 513-21. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em: 03 ago 2005.

BLEGER, J. **Simbiose e ambigüidade.** Trd. Borges, M. I. A. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1985. p. 315-28. (Original de 1967).

BUENO, A.C.G.; MAAZ, M.H.B.; NOGUEIRA, M.T. O pediatra “suficientemente bom” – Uma pequena viagem pela teoria de Donald W. Winnicott: Ponte possível entre profissionais interessados em ir para além do sintoma. **Winnicott – Seminários Brasileiros.** Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 2005. p. 333-41.

CAPRARA, A; LINS, A; FRANCO, S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: v.15(3), julho-setembro, 1999. p. 647-54. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em: 03 ago 2005.

CONCEIÇÃO, J. A. N.; HAHASHI, A.; QUARENTEI, G; ALCÂNTARA, P. Higiene Física. In: Marcondes, E. (coordenador geral). **Pediatria Básica**. São Paulo: Sarvier, 1994. p. 121-25.

CRESPIN, J. **Puericultura – ciência, arte e amor**. São Paulo: BYK, 1992.

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise. Trd. J. Salomão, In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. v. 12, p. 147 – 59 (Original de 1912).

FREUD, S. Análise terminável e interminável. In: **Edição standard da obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Trd. J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.23, p. 247 – 87. (Original de 1937).

GOMES, I.C.; PAIVA, M.L.S. Casamento e família no século XXI: Possibilidade de holding? **Psicologia em estudo**. Maringá: v. 8, 2003. p. 3 – 9. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em: 24 out 2005.

GREEN, A. **Conferências brasileiras de André Green. Metapsicologia dos limites**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. (Original de 1986).

HISADA, S. **A Intervenção por meio de manejo do setting como facilitador de mudança psíquica no processo psicoterápico**. 2000. 185p. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia, Departamento de Clínicas.

JOSEPH, B. Mudança psíquica e processo psicanalítico. In: **Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph**. Org. M. Feldman e E. B. Spillius. Trd. B. M. Mandelbaun. Rio de Janeiro: Imago, 1992. p. 195 – 204.

KHEDY, S. O *setting* e as análises especiais. In: Mello Filho, J. e Silva, A. L. M. L. **Winnicott 24 anos depois**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p. 97-106.

KHOHUT, H. **Como cura a psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991. (Original de 1957).

LAPLANCHE, J. El psicoanalista y su cubierta. In: **Trabajo del psico- análisis**, 1, 1982. p. 125-44.

LEMBI, P. M. T. R. **O setting na clínica fonoaudiológica: um estudo através de discursos de fonoaudiólogos**. 2000. 98f. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

MACHADO, V. M. D. Higiene Mental. In: Marcondes, E (coordenador geral). **Pediatria básica**. São Paulo; Sarvier, 1994. p. 108-13.

MARCONDES, E.; YUNES, J.; MASCARETTI, L. A. S.; LEONE, C.; SCHVARTSMAN, S. Os fatores ambientais (Ecopediatria). In: Marcondes, E. (coordenador geral). **Pediatria básica**. São Paulo: Sarvier, 1994. p. 9-25.

MELLO FILHO, J. e colaboradores. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

MELLO FILHO, J.; SILVA, A. L. M. L. e colaboradores. **Winnicott 24 anos depois**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

MELLO FILHO, J. **O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

NELSON, W. E; MC KAY, R. J.; Vaughn III, V. C. **Pediatria**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977.

OSELKA, G. W.; LEVI, C. G.; NASPITZ, C. K. Higiene Antiinfeciosa. In: Marcondes, E. (coordenador geral). **Pediatria básica**. São Paulo: Sarvier, 1994. p.114-20.

PENNA, H. A. O.; LIMA, I. N.; BRESSOLIM, A. M. B.; ISSLER, H.; SLYWITCH, M. V.; SCHVARTSMAN, S. Higiene Alimentar. In: Marcondes, E. (coordenador geral). **Pediatria básica**. São Paulo: Sarvier, 1994. p. 79-108.

PILLEGGI, F. L.; MARCONDES, E.; ALCÂNTARA, P. Observação clínica em Pediatria. In: Marcondes, E. (coordenador geral). **Pediatria básica**. São Paulo: Sarvier, 1994. p. 135-54.

QUINODOZ, J. M. Fatos clínicos ou fatos clínicos psicanalíticos? **Revista Brasileira de Psicanálise**, v.XXVIII (4), 1994. p. 613-34.

RIENSENBERG- MALCOM, R. A conceituação de fatos clínicos no processo analítico. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v.XXVIII (4), 1994. p. 657-72.

ROSENFELD, H. **Impasse and interpretation**. London: Tavistock Publications, 1987.

SANO, P. Y.; MASOTTI, R. R.; SANTOS, A. A. C.; CORDEIRO, J. A. Avaliação do nível de compreensão da prescrição pediátrica. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro: v. 78, n.2, 2002. p. 1-16. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em: 03 ago 2005.

SOAR FILHO, E. J. A interação médico cliente. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Rio de Janeiro: v.44 (1), 1998. p. 35-42. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em: 03 ago 2005

VOLMER FILHO, G. A conceituação do fato clínico. **Revista Brasileira de Psicanálise**. XXVII(4), 1994. p. 673-85.

WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. **Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. Trd. José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

WINNICOTT, D. W. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil**. Trd. Joseti Marques Xisto Cunha. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**. Trd. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. (Original de 1958).

WINNICOTT, D.W. **A família e o desenvolvimento individual**. Trd. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ZIMMERMAN, D. E. A formação psicológica do médico. In: Mello Filho, J. e colaboradores. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992. p. 64 – 9.

FICHA CATALOGRÁFICA

Allegretti, Giselda de Camillo.

Manejo do setting como facilitador de mudança psíquica na consulta de pediatria / Giselda de Camillo Allegretti. -- São Bernardo do Campo, 2005.

102p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Metodista de São Paulo. Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Curso de Pós Graduação em Psicologia da Saúde.

Orientação : José Tolentino Rosa

1. Pediatria - Clínica médica 2. Winnicott, Donald W. 3. Setting I.
Título.

CDD 157.9

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)