

## **ANEXO nº 09 - O bebê e suas relações afetivas**

Fernando Cesar Chacra<sup>13</sup>

Em várias ocasiões o pediatra e psicanalista inglês Donald W. Winnicott afirmava em tom provocativo que não se pode dizer que exista “um bebê”, mas sim sempre “um bebê em cuidado” materno, destacando sempre a importância do entorno e do ambiente em que se insere este novo ser. Destaca-se assim, a imaturidade que o bebê tem ao nascer, comparando-o com o de outras espécies animais, ao nascer, o bebê humano encontra-se em total e absoluta dependência de cuidados e de amor materno.

Assim é importante tanto o conjunto de cuidados e preocupações maternas, como a maneira, o afeto amoroso implicado neste processo de cuidado. Para a sobrevivência do bebê recém-nascido é fundamental não só a reconstrução de uma viabilidade nutricional, rompida no momento em que se cortou o cordão umbilical, mas também do ponto de vista afetivo o estabelecimento de um vínculo forte, seguro e disponível para a apresentação do mundo a ele, assim como dele ao mundo.

Trata-se de uma tarefa complexa que, surpreendentemente, a maioria das mães de nossa espécie, sem nenhuma formação teórica sobre o assunto, a fazem com maestria, de forma espontânea e eficaz. Aqui a teoria pode até atrapalhar muitas vezes. Entretanto, aos profissionais de saúde que lidam com esta fase do desenvolvimento (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros) cabe uma atenção especial, para que possamos apoiar e identificar dificuldades que poderiam ser rapidamente resolvidas com orientações e mais do que isto compreensões facilitadoras. Tentarei enumerar algumas delas:

1. Assim como D. W. Winnicott provocava dizendo que não existe um bebê isoladamente, diria que não existe uma única forma de se estabelecer uma relação entre uma mãe e um bebê. Ou seja, não há uma relação mãe-bebê perfeita e ideal. O que há é sempre alguém tornando-se mãe em relação com um bebê, tornando-se um Eu humano, sujeito no mundo. Neste processo, os profissionais de saúde ajudam muito se colocarem-se disponíveis a

---

<sup>13</sup> Médico Pediatra e Doutor em Saúde Pública pela UNICAMP, Técnico do CETS - SMS Campinas.

compreender a singularidade de cada relação mãe-bebê e profissional-mãe-bebê que se lhes apresenta.

2. Esta relação tem que ser observada em dois sentidos no tempo: retrospectivo e prospectivo. Tanto um sentido como o outro partem do instante em que estabelecemos e renovamos nossa atenção ao par em relação. Assim é importante compreender as condições de geração e gestação deste bebê: a aceitação da gravidez, que é bem diferente da aceitação de uma relação de maternidade e de paternidade, o momento de vida em que esta gravidez e este filho se insere, o apoio recebido na família, a participação do pai, as condições de saúde dos mesmos durante a gestação, o pré-natal, assim como expectativas com relação ao momento do parto, as escolhas (nome, enxoval, as possibilidades ou não de escolhas, etc.), as primeiras reações, surpresas e possíveis frustrações.
3. Esta relação tem que ser observada com empatia de ambos os lados da relação. Empatia entendida aqui como esforço do profissional de saúde para colocar-se em posição de cada um dos lados da relação, para que possa compreendê-la de forma singular e potente. O que deve significar ser mãe no contexto que a mãe lhe apresenta. Aqui não estamos mais falando da mãe genitora, mas da mãe que “adota”, ou melhor aceita este bebê como seu filho, como um legítimo outro na convivência. Assim como não devemos perder a perspectiva do pequeno bebê, que encontra-se percebendo e experimentando o mundo sempre pela primeira vez. A cada toque, a cada colo, a cada aproximação do seio (ou de outro objeto que o alimenta), a cada dia, a cada temperatura, a cada sorriso, a cada luminosidade, a cada propriocepção de seu corpo, a cada cólica, a cada eliminação, vai vivendo e criando experiências afetivas prototípicas de emoções atrás de emoções, dos mais variados matizes, que mais tarde poderão ou não adquirir significados. Neste momento, são relações afetivas parciais, que em futuro breve irão constituir um todo cognitivo deste mundo, a matriz autopoietica deste ser.
4. Esta relação não está isolada do mundo. Está inserida numa realidade familiar, social e cultural. Para que esta mãe possa dirigir boa parte de sua preocupação e de sua libido no cuidado deste bebê, necessita de algum tipo de apoio, de *holding*, para que possa ofertar *holding* ao bebê. Este apoio e segurança vem do ambiente familiar muitas vezes, outras vem do companheiro, do amigo, da

amiga, e até mesmo de nós profissionais da saúde. Todos estes sujeitos estão imersos numa realidade social (condições de vida, condições de trabalho, escolaridades diferentes, etc.) assim como numa realidade cultural, geradora de hábitos, atitudes e transmissão de saberes sobre o processo de cuidar da criança, que não são únicos. Aqui, estão em jogo “inúmeras” puericulturas. A puericultura dos profissionais de saúde é uma delas, e deverá levar em conta a dos outros sujeitos envolvidos se quiser ter algum sucesso neste jogo.

5. É necessário estar atento na maneira que se estabelece o cuidado. Fala-se aqui do manejo, ou do *handiling*, proposto por Winnicott. Trata-se da observação da prontidão possível que a mãe dispõe ao bebê, e quanto mais rotineira e previsível para o bebê, menos angustiante é para ele. Trata-se também da observação da ternura, do afeto e da atenção implicada no processo de cuidado. Elementos fundamentais para a construção de um Eu integrado e amorosamente voltado para si e futuramente para os outros. Enfim, é o que os psicanalistas chamam de *narcisismo primário*, base de toda capacidade de defesa psíquica tanto do corpo como da mente que está se engendrando, assim como da auto-estima.
6. Além da segurança e do manejo cuidadoso e amoroso é necessária a apresentação do mundo. Aqui estamos falando da significação que é dada a cada uma das experiências prototípicas emocionais e afetivas nas relações parciais com “as coisas” (objetos, corpos, partes de corpos, roupas, espaços, luminosidades, etc.) do mundo, que através das emoções, olhares, e reações dos que cuidam da criança promovem uma atitude semelhante a de um espelho, auxiliando a integração destas experiências em organização de objetos e experiências internas (do bebê) totais, mais compreensíveis, e talvez mais próximas de nossas compreensões. Assim aprendemos a ter medo, a suportar frustrações, a enfrentar situações novas e conflituosas (tanto do mundo externo como do mundo interno da criança) enfim a ter esperança.
7. A relação mãe-bebê é dinâmica e exige mudanças de atitudes no decorrer do tempo. Assim que o bebê cresce, e através de uma seqüência de estímulos, assume diferentes posições decorrentes de aquisições motoras, comunicativas e emocionais, o papel da mãe e dos demais envolvidos na relação exige mudança. A primeira delas é a saída da posição materna de total prontidão para uma posição de segurança de sua presença no jogo da vida. Trata-se do

período de dependência relativa, que vai dos 6 aos 36 meses, quando, progressivamente, o bebê vai elaborando os sentimentos de culpa e ambivalência e desenvolvendo a capacidade de se preocupar, de lidar com a desilusão, de prescindir a experiência continuada da onipotência, de sentir-se responsável por suas próprias ações e desenvolver a capacidade de reparação, ou de restauração do Eu. Trata-se da idéia freudiana de transição do princípio do prazer para o princípio de realidade. É também o momento da “primeira posse ‘não-Eu’”, quando fenômenos e objetos transicionais (movimentos repetitivos tranquilizadores, cafuné, paninhos, travesseirinhos, ursinhos, chupetas e outros brinquedinhos) prototípicos das primeiras relações prazerosas com objetos tecidos para preencher o vazio da desilusão. Este vazio assim preenchido torna-se o que Winnicott chamou de “espaço potencial” da criatividade e do brincar da criança.

Campinas, 08 de março de 2008