

O que a psicanálise tem a dizer ao pediatra?

Paulo Dickstein

Médico-Pediatra no Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

Professor-Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Pediatria da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Membro do Comitê de Saúde Mental da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro.

Membro da Associação Psicanalítica do Estado do Rio de Janeiro – Rio 4.

Interessa-me no presente artigo dirigir a palavra ao pediatra geral, em sua prática ambulatorial ou mesmo na emergência. Não vou me ocupar dos casos complexos. A minha presença como psicanalista nas enfermarias e ambulatorios sempre provocou nos colegas a vontade de discutir casos de Münchhausen, adolescentes com crises históricas e outros casos que mobilizam e despertam a curiosidade dos profissionais. Não que esses casos não mereçam a atenção do psicanalista, mas o ponto a ser defendido nesta comunicação é que a psicanálise é um instrumento tão indispensável como o estetoscópio no dia a dia do pediatra. Exagero? Vou tentar explicar por que eu acho que não.

Em primeiro lugar, a psicanálise ajuda a conceituar melhor em que consiste a atividade da pediatria. Muitas vezes ouvi dos colegas que escolheram a pediatria pela afinidade com a criança e pela falta de interesse nos adultos. Mas achar que a pediatria se resume ao tratamento de crianças é um equívoco que traz dificuldades para o profissional e para as famílias. Ainda que seja o corpo da criança que está doente, a relação médico-paciente é sempre entre adultos. É a mãe, o pai ou o responsável quem escolhe o tipo de medicina, o médico e se as medicações prescritas

serão ou não administradas à criança. Mesmo o adolescente que vem sozinho ao consultório tem implícita a autorização de um dos pais. Se não existe a pediatria sem a criança, ela também não existe sem os pais. A formação do pediatra, que é ainda focada nos pacientes internados em enfermarias e UTIs, ajuda a criar essa distorção – isto é, a ilusão de que os pais são coadjuvantes.

Destaco as contribuições de Winnicott¹ ao colocar a relação mãe-bebê* como um elemento básico da consulta pediátrica. A partir desse autor não se pode mais falar da criança – do comportamento da criança, da doença da criança – sem falar da relação mãe-bebê. Foi em uma discussão clínica que Winnicott proferiu uma de suas frases mais famosas: “Isso que vocês chamam de bebê não existe”. Acredito que o leitor ao ler essas linhas até me dê razão e concorde que a relação da mãe com seu bebê é fundamental. No entanto, é provável que logo em seguida rebata: “Sim, mas isso não é nada prático. Não tenho elementos para analisar a relação mãe-bebê e muito menos intervir nessa relação, de modo que a minha prática fica inalterada”.

Falta espaço no escopo deste texto para explicar em detalhes como avaliar a relação mãe-bebê, mas talvez algumas dicas derivadas do trabalho

teórico de Winnicott possam ser úteis ao pediatra.

A medicina tem um defeito sério que é a idealização: o ideal é que o bebê seja amamentado exclusivamente até os seis meses, que receba todas as vacinas, faça todos os exames etc. Se as mães forem comparadas a um ideal estarão sempre em dívida. Por natureza, elas já se sentem culpadas; será que é vantajoso deixá-las ainda mais? Penso que cuidar da relação mãe-bebê é cuidar da culpa das mães, evitando potencializá-la. É preciso moderar as exigências de muitos pediatras. Em geral, o médico passa boa parte da consulta auditando se a mãe cumpriu as suas obrigações. Sugiro que o pediatra reserve um tempo para saber se a mãe não apenas fez as tarefas, mas se as fez com prazer. A relação mãe-bebê deve ser ao mesmo tempo trabalhosa e prazerosa para a mãe. É como o atendimento médico: pode ser infernal, mas é ao mesmo tempo mágico. Ao falar de seu bebê, o médico deve encontrar essa magia nos olhos da mãe. O pediatra dá muita importância à execução da tarefa (ele gosta da mãe que é “dedicada”) e dá pouca atenção ao prazer que a mãe obtém junto ao filho. A mãe que transforma as tarefas em obrigações e que não sabe brincar com o seu filho não oferece os ingredientes necessários para o bom desenvolvimento

afetivo da criança. O prazer que a mãe tem em estar com seu bebê deve ser observado pelo profissional.

Outra dica é verificar se o bebê desorganizou a vida dos pais. É natural que quando nasce um bebê a casa se desorganize. A mãe e o pai saem de licença, deixam a casa e vão para a maternidade. Se há irmãos, estes, coitados, são deixados com os avós ou com vizinhos e devem esperar pela chegada do “intruso”. Aos poucos, a casa vai retornando à sua organização. Os pais voltam para os seus quartos e as crianças são acomodadas em outro aposento. Eventualmente, a mãe pode voltar a cuidar de seu corpo, de sua vaidade e de seu trabalho. A tarefa da reorganização da casa é dos pais. São eles que gradativamente retornam à sua rotina. É também um bom instrumento para avaliar se a relação mãe-bebê está encontrando um bom caminho. Isso nos ensinou Winnicott: não é o bebê que larga o peito, é a mãe que suporta o choro do bebê quando decide parar de amamentar; não é o bebê que dorme a noite toda, é a mãe que encerra as atividades do dia. Para o bebê o dia acabou, pois já não há mais uma mãe disponível para brincar e contar histórias. O bebê desafia, chora e exige a presença da mãe, mas a disponibilidade dela já é muito limitada até que se encerra.

Enfim, não é o choro do bebê que organiza os horários, mas as necessidades da mãe de descansar e retomar a vida pessoal. Assim, o interesse do pediatra pela vida da mãe deve existir: como vai seu sono? Como vai a relação com seu marido? A vida sexual voltou ao normal? [...] São perguntas muito importantes para avaliar se o bebê vive em uma casa que se reorganizou após algumas semanas de sua chegada. O pediatra deve apoiar a mãe em suas dificuldades de suportar o choro da criança e retomar as atividades em que ela não é incluída.

Para encerrar, gostaria de escrever algumas palavras sobre as queixas das mães trazidas para a consulta. Aprendi a começar as minhas anamneses pela queixa principal. A partir daí, iniciava-se uma “caça ao tesouro”. Íamos de pista em pista até chegar à doença do paciente. Foi o psicanalista Michael Balint² quem chamou a atenção para o fato de que nem sempre devemos transformar a queixa do paciente em uma busca de um diagnóstico. Balint entendeu que a queixa era, muitas vezes, a expressão de um desconforto psíquico. No caso da pediatria, a queixa da mãe reflete, na grande maioria das vezes, as suas dificuldades com a maternidade. Como voltar à vida normal se o bebê não para de chorar? Como ficar

tranquila, sem culpas, se o bebê não come? O psicanalista alerta que não é bom dizer: “Isso não é nada”. Com isso o médico quer dizer que não é uma doença orgânica, entretanto a mãe não está apenas preocupada com a doença orgânica, mas também com o esgotamento que a maternidade traz. O papel do pediatra não se limita a descartar uma doença orgânica. Isso é muito pouco! Ele pode amenizar a culpa da mãe, reafirmando o bom desenvolvimento da criança e pode apoiá-la em seus projetos pessoais que não incluem o bebê.

Deixemos os casos complexos para outra oportunidade. Em nosso dia a dia, o pediatra que cuida da mãe está cuidando da criança. O pediatra que busca uma criança idealmente tratada, sem um olhar generoso sobre a mãe, pode fazer mais mal do que imagina.

REFERÊNCIAS

- 1 Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago; 2000.
- 2 Balint M. O médico, seu paciente e a