

CAPÍTULO 2

Nas décadas de 80 e 90, as ações da rede básica de saúde eram voltadas à redução da mortalidade infantil e focadas nos aspectos de crescimento, nutrição e imunização da criança. Hoje, a atenção está voltada para a detecção e intervenção precoces dos problemas relacionados à aprendizagem, à saúde mental e à violência, que estão relacionados à qualidade do desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida.

O perfil dos problemas de saúde na infância mudou, na última década. Um dos aspectos importantes dessa mudança foi o deslocamento do foco de atenção, que, antes, recaía sobre as doenças relacionadas com a mortalidade infantil. Hoje, assistimos a uma crescente presença de problemas relacionados com a qualidade do desenvolvimento infantil, destacando-se os altos índices de problemas na aprendizagem, os problemas de saúde mental e a violência entre os adolescentes.

Nas décadas de 80 e 90, a rede básica de saúde tinha como desafio as ações de promoção de saúde que visavam o impacto de doenças que implicavam o aumento no índice de mortalidade infantil. O crescimento, a desnutrição, as doenças diarréicas, as doenças respiratórias e a cobertura das imunizações eram os focos de atenção. Os dispositivos apontados para as intervenções nesses problemas da saúde da criança referiam-se ao modelo biomédico e ao de educação em saúde, historicamente mais conhecidos pelos profissionais que compunham as equipes das UBS.

Quando analisamos os novos desafios que se destacam nas análises epidemiológicas atuais, ficam evidentes as mudanças acima apontadas. Hoje, a atenção volta-se para os adolescentes e para a detecção e intervenção precoces nos problemas de desenvolvimento e de saúde mental da criança, nos seus primeiros anos.

Esse novo cenário coloca na ordem do dia dos processos de capacitação das equipes de saúde que trabalham na rede básica de atenção o domínio de uma

tecnologia que, até então, não fazia parte marcante de suas intervenções, qual seja: o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, sobre os fatores que intervêm nesse desenvolvimento, sobre os sinais precoces desses problemas e sobre os dispositivos de intervenção nos mesmos.

Ao lado dos aspectos apontados, na última década, ocorreu uma importante mudança na composição das equipes de atenção básica de saúde, com destaque para a implantação das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). Numa tentativa de superar o modelo biomédico de concepção sobre os processos do adoecimento e recuperação da saúde, elas passam a tomar como objeto de suas ações um território onde vivem famílias, nas quais vivem os sujeitos em relações.

Nessas famílias, encontramos os bebês e seus cuidadores, que, freqüentemente, são pais adolescentes, pois a gravidez precoce ocorre com freqüência na passagem para a vida adulta. Os adolescentes, diante dos enormes desafios a serem enfrentados para atingir a maturidade, vítimas de um sistema educacional falho e promotor de exclusão, vêm na maternidade uma forma de concluir o seu processo de adolescimento e assumir precocemente a condição de adultos. Não é incomum vermos, então, os adolescentes ou os jovens pais terem de dividir os papéis de cuidadores com outros membros da família ou com outras instituições.

Os dois extremos do processo de desenvolvimento do sujeito humano se relacionam. Esse é apenas um

dos aspectos bem conhecido sobre os problemas de desenvolvimento e de saúde mental da criança, que se refere ao fato de estarem ligados a problemas de saúde mental dos pais e a problemas na dinâmica familiar. O PSF deve ser considerado com muita atenção, e esse é o nosso objetivo, nesta exposição.

Pensando no desenvolvimento infantil de 0 a 3 anos, é necessário atentar para a questão da intervenção precoce, a qual é apontada como relevante por qualquer que seja o referencial tomado. Mas é igualmente necessário levantar uma crítica aos modelos de intervenção, que, tomando como referencial as concepções das neurociências, vão-se estruturando a partir de modelos biomédicos, tendo como dispositivo central os métodos de estimulação precoce.

Não restam dúvidas de que a neurociência e suas descobertas sobre as bases neurológicas do desenvolvimento do cérebro infantil trazem importantes contribuições para esse campo, principalmente no que se refere à construção da rede neuronal e à importância dos processos epigenéticos na mesma. Mas é também importante destacar que, dentre as descobertas no campo do desenvolvimento humano que ocorreram no século XX, talvez as mais importantes sejam aquelas que se referem aos processos de constituição da subjetividade e seus determinantes. Essas descobertas vieram mostrar, de forma inequívoca, que o desenvolvimento humano se dá prioritariamente por processos epigenéticos, a partir de uma dialética entre impotência e prematuração e sua antecipação

no desejo e no discurso do outro ser humano, que estabelece uma relação de amor com a sua cria.

O pequeno e novo homem, o bebê ou a criança, não advém como ser subjetivado e inserido na cultura, se esses elementos mínimos não forem fornecidos ao mesmo. As bases do desenvolvimento têm como irredutível a necessidade de uma criança ser tomada como objeto de amor pelo adulto cuidador e estar antecipada em um lugar significativo para esse adulto, que atua como mediador entre o novo ser e a cultura.

Dessa forma, destacamos a importância das ações de saúde que tenham como objeto a criança e seus objetos primordiais, ou seja, seus cuidadores, como integrantes de uma família, com suas histórias, seus mitos, suas crises e, principalmente, com sua potência criativa.

Anteriormente, falávamos em ações sobre o real do ambiente que, por efeito do saneamento, dos alimentos e dos medicamentos, atuariam na manutenção da vida de uma criança. Agora, o que se coloca é a necessidade de interirmos na dinâmica familiar, onde a criança, por vezes, é só um efeito da mesma. É evidente que uma criança necessita de atividades lúdicas, de ser auxiliada adequadamente para adentrar no mundo da linguagem e do letramento, mas, antes de tudo, e de forma irredutível, essa criança deve ser tomada como objeto de amor pelos adultos e, nessa relação afetiva, ser antecipada como um sujeito na cultura. É no desejo que o outro deposita sobre a criança que ela

encontra os meios para se constituir como um novo ser no mundo, de forma verdadeira e prazerosa.

Olhar o desenvolvimento humano sob esse aspecto significa admitir que o melhor e mais fundamental determinante do mesmo é o lugar imaginário e simbólico que assume no grupo familiar. Phillippe Áries, no seu clássico trabalho sobre a origem histórica da família e da infância, aponta que ambas são criações que emergem na contemporaneidade, exatamente no momento histórico em que se constata que o novo ser em desenvolvimento necessita desses pressupostos mínimos, e só o meio familiar dispõe dos mesmos. Hoje, após muitas pesquisas, erros e acertos, sabemos que, por mais que as instituições criadas pelo Estado para garantir o desenvolvimento da criança estejam adequadas, esse mínimo indispensável só pode ser oferecido pelo grupo familiar.

Essas questões nos levam a pensar nas possíveis ações que uma equipe de programa de saúde da família poderá assumir visando o desenvolvimento infantil. Defendemos o ponto de vista de que as ações sobre o desenvolvimento infantil e sobre a saúde mental da criança devem ter como base as ações sobre o grupo familiar como um todo, e que as equipes de saúde da família podem ter relevante papel nessas ações, desde que tenham uma capacitação e uma rede de apoio matricial suficientes.

Apresentarei, a seguir, algumas experiências ocorridas no âmbito da atuação da Faculdade de Medicina da

Universidade de São Paulo (USP), em um programa de saúde da família, no Distrito de Saúde Escola do Butantã (bairro da zona oeste de São Paulo), que funciona como campo de treinamento para alunos em graduação e alunos da residência em Saúde da Família e Comunidade. Utilizarei o método de estudos de caso para estabelecer as modalidades de intervenções, que envolvem:

- observação de bebês e crianças;
- análise da dinâmica familiar;
- orientações aos pais, buscando detectar e intervir nesses distúrbios das relações parentais, que têm papel constitutivo para a criança;
- capacitação dos profissionais das equipes de saúde da família;
- capacitação de profissionais de setores da educação e assistência social.

O programa de saúde da família envolve equipes de médicos, enfermeiras e agentes comunitários de saúde, dentre outros profissionais. Os agentes comunitários são pessoas pertencentes e escolhidas pela própria comunidade. Essas equipes contam com um grupo de supervisores e uma rede de cuidadores.

Os alunos residentes em formação, tanto do primeiro ano como do segundo ano da residência em Saúde da Família e Comunidade, integram essas equipes. Oitenta por cento do programa dessa residência desenvolvem-se nas unidades de saúde. Cada equipe é responsável pelo atendimento a mil famílias de um território delimitado.

Trata-se de um modelo de assistência que visa à integralidade, à resolutividade e à territorialidade. Nas intervenções sobre os casos de crianças, trabalha-se com, no mínimo, três pessoas: pai, mãe e criança. Mas os avós e outros cuidadores, bem como as instituições do território, são chamados para participar das discussões com a supervisão em saúde mental, na medida das necessidades de cada caso, para se posicionarem como sujeitos frente aos problemas identificados para cada criança.

Na cidade de São Paulo, o Programa de Saúde da Família foi implantado seguindo os indicadores dos índices de violência e de mortalidade, atendendo aos bairros com os piores índices. As famílias têm as mais diversificadas composições, com histórico de migrações, separações, abandonos, mortes e convívio com a violência.

Caso 1

Família de um menino com 10 anos. A mãe encontrava-se deprimida. Teve dois filhos que se envolveram no tráfico de drogas e foram assassinados. O marido, segurança de uma padaria, também foi assassinado. O caso é discutido na supervisão em saúde mental, pois ele está com seu desenvolvimento escolar paralisado. Fez-se uma avaliação e constatou-se que havia uma dupla, mãe e filho, bastante deprimida e traumatizada pelas ocorrências relatadas.

Muitos trabalhos, na literatura, apontam os efeitos paralisantes da violência sobre os processos de desenvolvimento, bem como os da vivência de perdas de membros de uma família, principalmente por violência. Optamos, no caso, por um trabalho visando à possibilidade de elaboração dos lutos sucessivos, que pudesse tirar essa dupla, mãe-criança, desse estado de vazio depressivo em que se encontrava.

As famílias que vivem em regiões com altos índices de violência têm nas suas histórias muitos membros eliminados. Os bebês nascem nesse contexto. A violência é devastadora para o desenvolvimento do psiquismo da criança. Além disso, encontramos muitos casos de bebês que foram desejados e gerados como forma de aliviar as perdas nesses grupos

familiares, tornando-se o que, na literatura, se chamou de “bebês de reposição”, com todos os efeitos positivos e negativos de estarem nesse lugar.

No estudo dos casos, trabalha-se com o referencial psicanalítico, que destaca as funções materna e paterna como estruturantes para o novo ser. A função materna opera a passagem do organismo para um corpo e é responsável, também, por instalar no psiquismo infantil o desejo de ser amado e amar o outro. A função paterna tem como objeto a subjetivação da criança, ao liberá-la da relação simbiótica e prenante da função materna, bem como colocar o sujeito submetido às leis da cultura. Tais funções não têm necessariamente de ser desempenhadas pelo pai e pela mãe. Vários atores no grupo assumem essas funções, e é a dinâmica das relações familiares, suas histórias e seus mitos, que determinará como essas serão desempenhadas.

A saúde mental da criança depende, como já afirmamos, da posição subjetiva da criança na família e da saúde mental dos familiares. A criança pode ser vista como um excelente indicador do grau de desenvolvimento da família. O investimento na saúde mental, além de beneficiar a criança, repercute na saúde mental da família como um todo. Não se consegue tratar a criança sem melhorar a qualidade do vínculo, da relação, da interação e da posição dela na família.

Os problemas do desenvolvimento no bebê podem se expressar pelas vias do comportamento, das dificuldades em aquisições cognitivas ou das somatizações. Kreisler aponta o fato de que esses distúrbios são efeito tanto do excesso, como da falta de investimentos sobre a criança. A incoerência e a instabilidade nas relações também são consideradas. Não há apenas crianças carentes de estímulos e de amor. Há casos de pais que sufocam o novo ser com suas próprias necessidades afetivas ou de angústia frente ao desamparo. Por exemplo, temos o caso de uma mãe depressiva que não consegue deixar sua filha sequer ir à escola.

Outro processo que integra as operações constitutivas do sujeito humano é o que pode ser denominado estágio de espelho. O espelhamento ocorre principalmente entre os 6 meses e 2 anos da criança. Nesse estágio, a criança reflete as características do cuidador

e da família. Por exemplo, uma família hiperativa e desatenta estrutura na criança um comportamento hiperativo e desatento, que pode, erradamente, ser tomado como um distúrbio da criança. A epigenética no ser humano é decisiva, e o conceito de estágio do espelho é ferramenta muito esclarecedora para o entendimento do alcance desse aspecto.

O trabalho aqui proposto implica uma verdadeira “microscopia” das relações constitutivas do grupo familiar, o que é possível se não estivermos próximos, olhando e escutando a intimidade das relações com o ser em desenvolvimento.

Em nosso trabalho no Distrito de Saúde Escola do Butantã, utilizamos metodologias simples e adequadas para o contexto e o cenário encontrados: população pobre, com recursos de saúde simples. A observação sobre o olhar, a alternância entre presença e a ausência, o brincar do bebê, as projeções do sujeito sobre a criança, as reedições transgeracionais e o vínculo entre os pais e os profissionais de saúde são os elementos sobre os quais a nossa investigação deve incidir. Observamos o acontecer das relações. Em outras palavras, a fala, a continência, o jeito de pegar, o jeito de trocar, o jogo, o brincar e o imaginário dos pais acerca da criança. Acompanhamos, também, as expressões dos distúrbios de desenvolvimento ou dos problemas que vão acometendo a criança – psicossomáticos, comportamentais, mentais – e a presença de morbidades na família.

Levamos em conta, também, alguns referenciais da teoria da complexidade, que ajuda a pensar e organizar os projetos de intervenções, considerando a singularidade de cada um. Essa teoria aponta para a necessidade de haver um segmento para avaliar os efeitos das ações. Somente saberemos depois se o que fizemos hoje foi eficiente para aquele caso. A questão do apressado ou do a posteriori decorre do fato de que as ações que têm efeito sobre um caso não necessariamente terão em outro. Tudo passa pelos sujeitos envolvidos, daí a complexidade. Mas daí também decorre uma potencialidade inerente a cada caso.

Caso 2

Jonas, menino de 3 anos hiperativo, agressivo com a mãe e com outras crianças. Foi solicitada a avaliação, na discussão de saúde mental com a equipe responsável pela área de sua residência, por ter sido cogitada sua exclusão da creche. Algo impensável, por tratar-se de uma criança com 3 anos.

A mãe fora objeto de muita violência. Abandonada pelo marido, vivia com o pai, ao qual ela se referia como um sujeito agressivo e violento – ela odiava o pai. Possuía várias doenças ginecológicas, entre outras uma endometriose, e relatava um histórico de abuso pelo próprio pai e por outros maridos.

Uma dinâmica de relações agressivas e violentas regia a família. O avô, tratado pela equipe de saúde da família,

era um doente crônico. Hipertenso e começava a desenvolver Mal de Alzheimer. A equipe suspeitava de uma determinação psicossomática para os problemas ginecológicos da mãe. A avaliação psicológica dessa mãe mostrava uma pessoa muito impotente, incapaz de dar continência, afeto e limites para a criança, repetindo com a criança uma dinâmica de submissão e domínio.

Foi solicitado à equipe de saúde que agendasse com o pessoal da creche uma reunião, na unidade básica de saúde, para discutir a reinclusão da criança e mobilizar a equipe da creche para assumir o papel de parceira no trabalho. Foram priorizados os atendimentos da mãe, nos seus problemas de saúde ginecológicos, mas com uma escuta para seus problemas psíquicos e sua história de abusos e violência, desde a adolescência. Aos poucos, a mãe pôde assumir uma posição mais ativa e ser capaz de assumir uma função materna mais potente.

Caso 3

Maria, uma menina adotada, de 14 anos, com um bebê de 3 meses. Sua mãe a agredia e queria interná-la como psicótica. Ameaçava: “Se você não fizer isso que eu falo, vou te devolver para tua mãe, porque a tua mãe era moradora de rua. Eu te tirei da tua mãe e você tem essa dívida comigo...”. Em meio a essa relação de violência entre a mãe adotiva e a menina, Maria teve o bebê, em parte como uma maneira de vingar-se da mãe, em parte como um desejo de ter um filho com o atual namorado, tido como muito amigo e fiel. Após uma briga com a mãe por causa do namorado, ela resolveu transar com ele. A equipe trabalha no sentido de reatar as relações da adolescente com a mãe adotiva, com o bebê e com o pai do bebê.

Maria tem uma compulsão: abandona a criança e sai de casa. Mas a equipe a convence a voltar. Numa conversa, na unidade básica, afirmou ter resolvido ser moradora de rua, não queria mais ficar na própria casa. Lembrou-se a ela que essa era a condição de sua mãe biológica. Ela disse: “Nossa, é mesmo! Será que eu fui para a rua procurar minha mãe?”. A adolescente estava, ao nosso ver, tomada por um desejo inconsciente de encontrar ou se

espelhar no mito materno imaginário, pois a mãe real, a adotiva, estava em crise com ela.

A possibilidade de se ver mais sujeito e menos compulsiva nas suas atitudes vai dando maior consciência para atravessar a crise. Além disso, fica evidente que a adolescente estava vivendo uma crise, com sintomas bem lógicos para a situação, colocando em discussão o diagnóstico de psicose, que, inclusive, foi dado por um serviço de psiquiatria, talvez por influência da mãe adotiva, que, diante das dificuldades com a filha, lança mão desse recurso para ter domínio sobre a mesma.

Colocar o sujeito diante de sua própria questão na vida é algo que a psicanálise faz, e a adolescente estava sendo ouvida pela equipe, supervisionada pela saúde mental e pela psicóloga da UBS. Maria convenceu-se de que não deveria voltar para sua casa por causa dos problemas com a mãe adotiva. Ficou em um abrigo para adolescentes em risco, que trabalha em rede com a UBS. A avó ficou cuidando do bebê, e a equipe facilitou a ela vê-lo com frequência. Após alguns meses, Maria volta para sua casa, e a dinâmica familiar se equilibra novamente. O bebê é objeto de atenção de toda a equipe, durante esses movimentos da dinâmica familiar, estando sem sintomas até o momento. A rede de cuidados envolveu o bebê, Maria e sua família adotiva, bem como a discussão do caso com todos os agentes institucionais.

A adolescente não era psicótica, mas uma adolescente em crise, com uma dinâmica familiar complicada.

Precisava de cuidados e apoio no seu desejo de assumir a maternidade e ter mais autonomia. Não há como cuidar desse bebê sem cuidar de Maria e sua situação de adolescente, adotada, em crise com sua família.

Caso 4

Carlos tem 1 ano e 6 meses. Trata-se de um menino obeso grave. Quando chegou ao atendimento, o médico de saúde da família discutiu o caso. Pesava 18 quilos, um raro caso de obesidade mórbida em bebê. Sofria, também, distúrbio de sono. A equipe pensou, inicialmente, em um regime alimentar. Sem êxito.

O agente de saúde esteve na casa da mãe e relatou que havia um armário com diversas latas de enriquecedores de mamadeiras, a base de amido. A mãe alimentava a criança compulsivamente. Mudou-se o enfoque do atendimento, levando em conta a insônia e a obsessão da mãe com a alimentação do bebê.

Nesse novo enfoque, descobre-se que o bebê não desgrudava da mãe, e fica evidente uma relação com excessos de presença materna, que tinha seus efeitos no distúrbio de sono, pois a função onírica e o sono profundo precisam de uma boa presença e uma boa ausência materna para se instalarem. A insônia dos bebês quase sempre decorre de uma relação com uma mãe que traumatiza o bebê com sua angústia. A dinâmica de excesso na presença materna deslocava-se para o excesso no objeto comida e para a impossibilidade de

dormir. A equação mãe-alimento, tão apontada nos casos de obesidade e anorexia, nesse caso se fazia bem presente.

Essa dinâmica foi objeto de conversas com a mãe, para que ela se alternasse em presença e ausência, com a orientação de colocar o menino na creche e de incluir o pai nos cuidados noturnos. O caso era exatamente de “desinvestir”, ou de diminuir a intensidade do afeto e do amor da mãe.

Nos atendimentos posteriores, como é comum acontecer nesses casos, a mãe relata a perda de um bebê anterior por morte súbita, o que já era conhecido pela equipe. A morte súbita de bebês tem efeitos traumáticos, que reincidem sobre os novos filhos. A cadeia de significados vai sendo revelada, e a ansiedade materna pode ser falada, e não mais “atuada” no excesso de alimentos oferecidos e no excesso de presença no apoio ao sono. Dormir tinha o sentido de morrer no inconsciente materno, o que deixava o bebê diante de um fantasma ao adormecer.

Caso 5

Tomé, que está no programa desde os 2 anos e 9 meses. Tinha sido adotado por Ivone. Sua mãe biológica era moradora de rua e, talvez, viciada em crack ou cocaína. Trata-se, então, de uma criança com a possibilidade de ter sido exposta a tóxicos e ao alcoolismo intra-útero. Ivone, a princípio, queria ajudar a mãe de Tomé, mas esta desapareceu, deixando o bebê com Ivone, quando tinha 1 ano e 6 meses.

Estamos diante de uma adoção forçada? Essa senhora, hipertensa e diabética, era atendida pela equipe de saúde da família. O diabetes e a hipertensão pioraram depois da adoção. Sua família não apoiava sua atitude e a culpa pelo problema que criou com a “adoção”.

A equipe de saúde da família entra no caso para ajudá-la a estabelecer um vínculo e cuidar do Tomé. Tomé é agressivo, fóbico, hiperativo e tem crises de terror noturno. Dorme agarrado à Ivone.

Na investigação subjetiva, Tomé mostra-se muito inteligente. Desenha, conversa e tem uma relação com Ivone em que demonstra estar inseguro e lutando para ser aceito. Era como um pânico de ser novamente abandonado. Não descola o olhar da mãe adotiva. Registros na memória dos tempos de morador de rua e filho de alcoólatra e viciada em crack foram pensados como desencadeantes dos comportamentos e do terror noturno. Tudo era discutido com Ivone. Havia grande angústia frente à possibilidade de desamparo. Mas as hipóteses de uma lesão cerebral ou uma síndrome da criança filha de mãe alcoólatra são descartadas.

Na observação, percebeu-se, também, que Tomé está absolutamente subjetivado: fala, sabe quem é e quem fala com ele. Diz que tem 3 anos e 9 meses. Tomé desenha figura humana bastante completa, o que é precoce para um menino de 3 anos e 9 meses. Portanto, é muito inteligente.

A mãe relata que, em um atendimento feito em um serviço de psiquiatria infantil, foram receitados os seguintes medicamentos: imipramina 75 mg, clorpromazina 25 mg e carbamazepina 200 mg. Deram um diagnóstico de TDAH.

A equipe decide atuar em três vertentes: primeiro, trabalhar a adoção real do menino; segundo, conscientizar a mãe e os familiares da não necessidade dos medicamentos, desde que se superassem as angústias do menino pela melhoria da qualidade das relações. Foram explicados para a família os potenciais de Tomé e que o diagnóstico dado de TDAH e os medicamentos não correspondiam ao quadro que estávamos vendo. Tomé foi incluído numa escolinha e passou a fazer sessões de psicoterapia conjunta, com a mãe, a equipe e a supervisão em saúde mental.

Após um ano de acompanhamento, Tomé está na creche, sem medicações e apenas apresenta terror noturno em algumas noites. A adoção foi oficializada e, no último atendimento, Tomé aponta para sua certidão de nascimento e diz: “Meu nome, agora, é Tomé OLIVEIRA!” Cheio de júbilo.

Considerações Finais

Os casos apresentados mostram o tipo de trabalho em rede, em que há um distrito, com famílias e unidades de saúde; em que as unidades de saúde dispõem de equipes de saúde, e a unidade funcional dos atendimentos são as famílias. Nas famílias, encontram-se essas crianças, em relações com essas pessoas. Os profissionais entram em contato com essa capilaridade da organização social por meio das suas observações, mas, principalmente, por meio de uma escuta qualificada sobre essas tramas de subjetividades. Eles têm a oportunidade de ajudar essas famílias a enfrentar melhor seus conflitos, reconhecer suas posições diante dos enigmas que se implicam na origem dos bebês sujeitos e, apesar de adultos, poder se perguntar: “De onde vêm as crianças?”, ou “De onde vêm os novos seres que, a todo instante, chegam ao mundo?”.

WAGNER RANÑA

Médico, Pediatra e Psiquiatra Infantil, com Mestrado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Assistente Docente do Departamento de Pediatria Social da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP); Supervisor em Saúde Mental da Residência de Medicina da Família e Comunidade. Docente do Instituto Sedes Sapientiae. Possui vários trabalhos publicados na área de Desenvolvimento Infantil e Desenvolvimento Precoce.