



Universidade Federal do Rio de Janeiro

Maternidade-Escola

Especialização: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil

Aluna: Anna Paula Freitas da Costa

Orientadora: Dra. Marisa Schargel Maia

Interlocutora: Dra. Aline Sudo

Monografia de Conclusão de Curso

**A PSICOMOTRICIDADE E AS POSSÍVEIS INTERFACES DO  
CUIDADO EM NEONATOLOGIA.**

Rio de Janeiro, 28 de setembro de 2007

MOW  
APFC  
2007

U.F.R.J.  
MATERNIDADE ESCOLA  
BIBLIOTECA JORGE DE ~~REZENDE~~  
N. ADM. 739141  
N. SISTEMA 739141  
CÓD. BARRA

UFRJ  
Maternidade-Escola  
  
561866

resumo (OK)

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Maternidade-Escola

Orientadora: Dra. Marisa Schargel Maia

Interlocutora: Dra. Aline Sudo



A Psicomotricidade e as possíveis interfaces do cuidado em  
Neonatologia.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-  
Infantil como parte dos pré-requisitos para obtenção do título de especialista.

Por

Anna Paula Freitas da Costa.

Rio de Janeiro, 28 de setembro de 2007

**AGRADECIMENTOS**

A Deus e a boa energia que me cerca,

Aos meus pais por investirem em mim como ser humano e por acreditar financeiramente na minha formação profissional.

Aos meus avós por me ensinarem que o caminho é difícil, mas se segue.

Aos professores da especialização em Atenção à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da UFRJ, à professora Marisa Maia pela orientação e acreditar na possibilidade desse trabalho, à Miriam Pirim por me apresentar um modelo de cuidados que atravessa a singularidade e o não julgamento - ao professor Marcus Renato de Carvalho, pela disponibilidade, apoio e carinho.

A Aline Sudo, por aceitar fazer parte da minha banca de maneira carinhosa e sempre muito querida.

A Dra Miriam, chefe da UTI neonatal que nos possibilitou o trabalho na unidade.

A Dra Luiza por nos abrir os caminhos com os residentes da Uti, dessa forma otimizando e levando o nosso trabalho a toda a equipe.

A Tia Wânia por me adotar e, com isso, percute todo o pacote que sou.

A Juliana, minha amiga querida, por estar sempre perto.

A Eleonora, melhor parceira de trabalho e amiga para uma vida inteira.

Aos colegas da pós graduação pela experiência com a multidisciplinaridade.

Ao AME pela bolsa de estudos, pelo carinho e apoio que sem ele seria impossível esse trabalho.

A toda equipe da UTI da Maternidade Escola.

Ao Bruno, por me lembrar que tudo pode ser simples e tem sempre algo mais importante para fazer do que trabalhar, pesquisar e chorar.



## **RESUMO**

Esse trabalho tem como objetivo anunciar os cuidados da Psicomotricidade com as interfaces da prematuridade se apoiando em novos paradigmas de cuidados na UTI neonatal.

Baseia-se no estudo do interesse em acompanhar as surpreendentes capacidades dos bebês, inclusive dos pré-termos na UTI neonatal, lugar onde esses bebês devido ao nascimento prematuro necessitam dos cuidados clínicos da unidade intensiva que, em contrapartida, é claramente desfavorável quando comparável com o ambiente uterino. Prestamos cuidados que possibilitem reconhecer e atender as demandas corporais do bebê, a fim de compreender o seu desenvolvimento com todas as questões singulares que fazem parte de sua vida.

Foi um momento  
O em que pousaste  
Sobre o meu braço,  
Num movimento  
Mais de cansaço  
Que pensamento  
A tua mão  
E a retiraste  
Senti ou não?

Não Sei. Mas lembro  
E sinto ainda  
Qualquer memória  
Fixa e corpórea  
Onde pousaste  
A mão que teve  
Qualquer sentido  
Incompreendido,  
Mas tão de leve(...)

Como se tu,  
Sem o querer,  
Em mim tocasses  
Para dizer  
Qualquer mistério,  
Súbito e etéreo,  
Que nem soubesses  
Que tinha ser.

Fernando Pessoa

## SUMÁRIO

Introdução	9
▪ Objetivos	11
▪ Objetivos específicos:	12
▪ Metodologia	12
▪ Justificativa	12
▪ Bases Teóricas	13
▪ Os caminhos para chegar a Maternidade escola da UFRJ	14
Capítulo I- Psicomotricidade: Um olhar diferencial no atendimento dos bebês em Uti neonatal.	16
▪ A UTI como ambiente exploratório	22
CapítuloII- Sobre o bebê de baixo peso no ambiente da UTI neonatal.	27
▪ 2.1 – Capacidades do bebê pré- termo- Seu mundo sensorial, sua comunicação e suas descobertas.	33
▪ 2.2-Capacidades de exploração sensorial do bebê.	35
▪ 2.2 Exploração sensorial do bebê	36
▪ 2.2.1 A visão do bebê.	37
▪ 2.2.2. A capacidade auditiva do bebê:	40
▪ 2.2.3 O paladar e o olfato:	43
▪ 2.2.4 A experiência tátil:	45
▪ 2.3-Aspectos comportamentais dos bebês e o ambiente da UTI Neonatal.	48
▪ 2.4- Cuidados Individualizados com os bebês- Uma filosofia para além da prematuridade.	54
Capítulo III- Significados e Significantes. A pluralidade das relações estabelecidas no ambiente da Uti neonatal.	58
▪ 3.1 Ícones fortalecedores do vínculo entre mãe e filho:	66
Considerações Finais	73
Referências Bibliográficas	77

## **ABSTRACT**

This work has as objective to announce the cares of the Psicomotricity with the interfaces of the prematurity in supporting new paradigms of care at the neonatal UTI.

It is based on the study of the interest in following the surprising capacities of the babies, also of the daily pay-terms in the neonatal UTI, place where these babies due to the premature birth needs the clinical care of the intensive unit that, on the other hand, is clearly unfavorable when comparing with the uterine environment. We need to supply care that will make possible to recognize and to take care of the corporal demands of the baby, in order to understand them development with all the singular questions that are part of his/her life.



## INTRODUÇÃO:

No “prólogo” do desenvolvimento das crianças, onde envolvemos toda a sua singularidade de experiências, a prematuridade nos faz refletir sobre o bebê e a representação dele como um indivíduo que nasce do desejo. Esse filho é parte de uma rede de significados que atravessam as barreiras da hospitalização, da privação de estímulos positivos, das reações desconfortantes do ambiente que paralelamente é afrontado com o ambiente uterino.

Postula-se que a UTI neonatal é o local onde se salvam vidas e se promovem os cuidados necessários para a manutenção da propriedade de vida do bebê. Quando um bebê nasce antes do tempo e precisa ser internado representa uma grande ameaça e desordem em sua vida e de sua família, a mudança de rotina e ambiente gera conflitos internos na família, que se agravam com a ausência da mãe e pode desencadear sintomas variados por conta da hospitalização.

Faz-se necessário refletir sobre a importância da saúde psíquica da família, em específico da mãe que vive o ambiente da Uti neonatal com um filho internado. A recuperação do choque inicial, que a informação sobre a internação em UTI provoca na família, se dá aos poucos, em ritmos diferentes pelos pais. A partir das regularidades nas visitas, a maioria deles acaba por aceitar a situação e tenta encontrar formas de ajudar o seu bebê a passar pelo processo de recuperação, iniciando a formação do vínculo, parte primordial do seu desenvolvimento integral como ser humano.

O interesse por este tema nasceu ainda na graduação da pesquisadora. O empenho em acompanhar o desenvolvimento do ser humano desde o seu nascimento, as surpreendentes capacidades dos bebês, inclusive dos pré-termos e principalmente a possibilidade de entrar na UTI neonatal como psicomotricista, se caracterizava por uma



eixos teóricos da Psicomotricidade permeiam um campo que constitui observações sobre o corpo e as relações que lhe são intrínsecas.

Sabemos que todas as sensações são absorvidas pelo corpo e transmitidas ao cérebro de forma que exista um agrupamento de relações para que aconteça a aprendizagem através do desenvolvimento global. Como sensação pioneira e primordial, a sensação tátil surge quando, desde sempre, tocamos e somos tocados por alguém.

O brincar, seja ele em que idade for, tem como princípio o ideal de favorecer a transmissão do toque como otimização da socialização e o olhar percutindo a existência do sujeito. Para Lacerda e Silva (2000), é a partir desse olhar que se instala uma primeira marca de reconhecimento, é quando construímos nossa identidade como sujeito. *“O olhar e o toque são potencialmente carregados de afetos e afetam a constituição da identidade e ações da criança em seu movimento de fazer-se existir”* (LACERDA e SILVA, p.66).

O desenvolvimento da consciência corporal, da reflexão e da criatividade, além do pleno desenvolvimento afetivo, cognitivo e motor, constituem alguns dos objetivos da psicomotricidade que, se alcançados, possibilitarão um crescer fortuito e saudável para esses pequeninos.

Piaget (1970) nos elucida que a base do desenvolvimento de 0 a 2 anos se faz *“por meio das experiências sensório-motoras caracterizado pela pregnância da sensorialidade motricidade do organismo.”* (apud LACERDA e SILVA, p.64). Para Piaget, essa fase primordial do desenvolvimento, é marcada pela amplitude das experiências sensoriais (visão, audição, paladar, olfato e o tato) e da ação motora em sua interação com o meio.

A partir dessa ótica, a educação Psicomotora – prática de visão profilática – com o intuito de absorver da criança maior movimentação espontânea, se torna

imprescindível na educação infantil. Processa-se por progressões específicas da aprendizagem e consente a harmonia que o trabalho psicomotor fornece na estruturação da personalidade da criança, pois através de suas vivências ela pode expressar melhor os seus desejos, desenvolver suas necessidades e trabalhar suas dificuldades.

Parte-se da premissa de que as crianças são sujeitos que têm peculiaridades e necessidades diferentes, buscando acima de tudo, atuar na sua formação integral, percebendo que os sentimentos devem ser valorizados e as necessidades individuais também, para que essa criança construa uma base sólida de aprendizagem e de relacionamento interpessoal e social.

A clínica psicomotora se reserva a atender às demandas de um presente enunciado, geralmente com crianças, podendo atender também qualquer idade, sempre no intuito de tentar identificar as dificuldades precocemente, auxiliando o indivíduo nas suas conquistas, na segurança afetiva, criatividade, fortalecendo as habilidades motoras e favorecendo a independência e autonomia. Na visão do autor Lapierre(2002), com base nos estudos de Wallon (1970), a Psicomotricidade Relacional destina-se a ser uma ciência que lida com o ser humano e suas variadas formas de manifestação. É uma práxis que procura dar espaço de liberdade onde a criança aparece inteira: com seu corpo, suas emoções, sua fantasia, sua inteligência em formação.

No campo da pesquisa, a Psicomotricidade faz ressonância com uma visão que tem por base o projeto de um homem não segmentado, promovendo uma realização de uma síntese dos diversos conteúdos específicos das disciplinas que se interessam pelas pessoas como forma de indivíduos globais: a medicina, psicologia, pedagogia, psicanálise, etologia, filosofia, dentre outras. Contudo:



A Psicomotricidade se interessa pela pessoa através do “*apoché*” corporal, porque é no corpo que se exprime o indivíduo, é através do corpo que a pessoa fala por si, porque o corpo é a síntese dos modos de ser do indivíduo: o corpo é matéria mas é também psique, emoções, linguagem, história, presente, passado e futuro. Quando se fala de uma pessoa ou se fala diretamente com esta, não se pode jamais deixar de atentar para o seu corpo, porque negá-lo significa a existência desta pessoa. Falar do corpo nas duas dimensões, quer dizer falar da criança, do homem na sua totalidade.

(Boscaini, p.5)

As intervenções psicomotoras na UTI neonatal se mantêm, de certa forma, na ótica da prevenção de cuidados com o indivíduo. Isto se refere à passagem da criança da necessidade para o uso de um espaço que organiza o desejo do prazer de agir e pensar que são mediados pelo simbólico desenvolvidos pelo teórico Lapierre (1970). Trata-se de um ajuntamento mais relacional, uma escuta às necessidades da criança viabilizando a produção de sentido sobre a comunicação não verbal do bebê.

Segundo Aucouturier (1997), é através da ação que a criança constitui suas primeiras representações mentais, onde a sensório-motricidade e os afetos fundam o psiquismo. Para Lamego (2002), o bebê utiliza seus próprios meios para transformar o objeto externo muito precocemente, seja através do olhar, da voz, do movimento, exercendo assim sua pulsão de ação sobre o mundo exterior. Segundo a autora, as

representações de transformação, quando são suficientemente memorizadas, admitem que o bebê possa avançar em direção a outras etapas num processo dialético de transformação entre mãe- bebê.

Quanto às possibilidades de comunicação do bebê, sempre nos referimos a linguagem não verbal. Podemos destacar que através do corpo ele demanda às modificações tônico-musculares que são capazes de expressar toda a sua gama sensorial que atravessa uma dinâmica conceituada como *diálogo tônico* por Wallon (1971). A função tônica passa a significar a assimilação e ação exercida sobre os principais autores da relação primordial de desenvolvimento: a mãe e o bebê, manifestando desta forma uma função de comunicação entre dois corpos que se unem em um diálogo corporal através do toque. Para Montagu (1998), *“a mãe que esteja mutuamente adaptada a seu filho responderá ritmicamente às necessidades da criança e sua flexibilidade irá ao desenvolvimento perceptivo da criança”*.

O ambiente da UTI pode levar o bebê a transtornos psicomotores cuja manifestação ocorre de maneira bastante imediata como, por exemplo, a hipotonia causada pela restrição ao leito e pela falta de oportunidade da movimentação inerente a atividade psicomotora do bebê e a crise tônico-emocional manifestada por uma grande tensão, tremores e interrupção da exploração do ambiente e da comunicação. (Freitas, Filgueiras e Marques, 2004)

Consideramos em Psicomotricidade que esse modo especial de linguagem está rodeado de significantes que norteiam o Esquema Corporal. Para diversos autores da ciência da Psicomotricidade, a representação mental do nosso corpo ao corpo cortical é a representação que o sujeito se dá do próprio corpo como objeto de reconhecimento de si. Paralelamente, a Imagem corporal se baseia na experiência vivida pelo corpo, as percepções que acompanham as variações das sensações físicas significativas vividas

com uma outra pessoa e a estruturação de como está sendo vivida essa experimentação corporal.

A análise desse trabalho se baseia sobre o olhar da Psicomotricidade na evolução da clínica do bebê internado em UTI neonatal. Faremos esta análise pelo diário de campo da Psicomotricidade (instrumento utilizado como prontuário de observação do trabalho na UTI) que visa analisar: o diálogo-tônico, contato ocular, a relação do bebê com o próprio corpo, a relação com os objetos no leito, o ambiente (suas peculiaridades) e as interações estabelecidas com os atores envolvidos.

### **1.1 A UTI como ambiente exploratório:**

“A doença está ligada à dor, à  
separação, à solidão, à  
impotência.  
No horizonte, a partida sem volta.  
Isso fica muito pior no ambiente  
do hospital.  
A assepsia médica pode ser  
necessária,  
mas faz muito mal à alma...  
A criança é transformada em  
objeto: já não está mais no colo  
daqueles que a amam  
Descobre-se nas mãos de  
estranhos que a levam para salas  
onde os pais não entram.  
Medo(...)

Quando se anda pelo escuro do  
medo, é sempre importante saber  
que há alguém amigo por perto.  
Não estou sozinho!  
É preciso que se ouça a voz de  
um outro que diz:  
- Estou aqui..”

RUBEM ALVES

Trabalhar em uma UTI neonatal como psicomotricista requer um olhar que atravessasse as fronteiras da dor, do medo, da angústia e de todos os sentimentos que amalgamam o medo iminente da morte de um bebê. Precisamos ressignificar esse espaço a



todo o momento que entramos, ele jamais é o mesmo por mais que se entre nele muitas vezes no cotidiano. Dessa forma, serão sempre novos bebês, novos profissionais, um novo ambiente, porque só assim conseguimos identificar as demandas e o motivo de estarmos ali atuando nas diferenças.

Neste contexto, iremos abordar os aspectos em que a psicomotricidade pode atuar em relação ao bebê, sua família e a equipe, desenvolvendo toda a questão na multidisciplinaridade.

Como a UTI é dividida em setores de acordo com a gravidade do paciente, geralmente em uma unidade neonatal, o bebê pode ser encaminhado para a unidade de alto-risco, para a unidade de cuidados intermediários ou para o alojamento conjunto. Isso varia de hospital para hospital, mas se o bebê nascer num estado muito grave, ele passará por todos esses lugares. Na maternidade escola, esses cuidados são realizados no ambiente da UTI neonatal. Como existem todos esses setores, exige-se a presença constante de diversos profissionais que trabalham direta e multidisciplinarmente.

Matheli

(...) As pessoas que trabalham num serviço de neonatologia são como a tripulação de um navio. Cada um ocupa uma função precisa e, do comandante de bordo ao simples marinheiro, todos dependem um do outro para assegurar a boa marcha do navio.

(op. Cit,p81)

A equipe é formada pelos profissionais que trabalham diariamente na unidade: a rotina, as equipes de plantão e especialistas que são chamados para atender apenas determinados pacientes, de acordo com as suas necessidades.

A política de atendimento em saúde no Brasil nos faz situar formas distintas de atendimento tanto para os pais, quanto para os profissionais, pois as realidades de atendimento nas unidades públicas é bem diferente das unidades privadas. Na maioria das maternidades públicas do Rio de Janeiro, a mãe pode ficar alojada no hospital

durante todo o período de internação do filho. O mesmo fato não acontece nas unidades privadas, onde não se permite a internação materna para acompanhar o recém-nascido, pelo custo de internação que isso causaria aos planos de saúde. A Resolução Conanda 41/95 dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, prevê que a criança tem o *“direito a ser acompanhado, por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas”*. A mãe, com um filho internado em unidade particular, tem visitas com horários preestabelecidos para a chegada e para saída da unidade. É certo que esses horários são bem mais extensos, praticamente todo o dia, mas com toda a certeza, é muito diferente de poder ficar dia e noite no mesmo lugar que seu filho.

Seja qual for o reduto de internação, uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI) sempre deixa a família apreensiva e é dentro desse ambiente que a mãe passará, ao lado do seu bebê, enquanto ele precisar de cuidados especiais. Sendo assim, a sensação de perda de referência com o seu lugar e residência é nítido e, muitas das vezes, requer um trabalho para que essa mãe se sinta menos perdida, reduzindo nos pais os conflitos e angústias.

Sair de casa, como nos fala Lamego & Maciel (2002), é sair de um lugar de acolhimento, intimidade familiar de onde estão as suas referências; ir para o hospital significa entrar num ambiente, no qual mãe e bebê irão conviver com outros ritmos, outras pessoas, limitações das mais variadas ordens. É papel da equipe lembrá-la que está sendo uma mãe prematura, que não tendo uma gravidez a termo, enfrenta um bebê ainda desconhecido, “temido” e com possível risco de vida, isso piora, caso o seu bebê seja um prematuro extremo, pois as angústias são ainda maiores.

Para assistir aos bebês é necessário saber que certos elementos são essenciais para a estruturação da consciência de si e do mundo em relação ao corpo do espaço,



porém esse ambiente desconhecido pode também provocar no desenvolvimento da criança avanços e retrocessos que podem sofrer influência direta nas características ambientais. (LAMEGO & MACIEL,op.cit.). Os mesmos autores apontam como é importante que as atenções dos profissionais devam estar sempre alerta em relação ao lidar com essas crianças que vivem situações que vêm ameaçar sua integridade física ou psíquica. Os cuidados clínicos, onde a prematuridade e sua totalidade clínica não podem, nem deveriam, ser a principal questão analisada, aferida ou tratada pela medicina ou por qualquer ciência. Por trás dessa prematuridade, existe uma história, uma criança, uma família que está inscrita numa rede de significações.

Nesse sentido, o psicomotricista entra na equipe não somente para atender bebês durante a internação, mas também seus pais, sua família, em especial suas mães, pois elas passam pelas formas mais intensas de vivências afetivas na gravidez. Ainda conta com experimentações e sensações corporais do parto e da própria internação do bebê, tendo em vista o tempo de licença maternidade ser mais extensa que a licença do pai. Sendo assim, o psicomotricista entra na equipe contribuindo para a formação complexa do desenvolvimento do bebê, se preocupando com o que representa a unidade corporal.

Dentro desse ambiente, a criança está se desenvolvendo e com isso vivenciando a formação da sua imagem e esquema corporais. Esses estágios mais precoces do desenvolvimento apresentam grande importância para as aquisições futuras das crianças; é nessa fase que o bebê deve ter a oportunidade de estabelecer seus primeiros contatos com o mundo exterior por meio de relações com as pessoas, o espaço e o objeto.

No caso da hospitalização, é necessário que o psicomotricista faça um recôncavo no ouvir e tente compreender o bebê, sua mãe e seu pai; é nessa circunstância que a fala, muitas vezes será o olho, o ver, o olhar é fonte de busca, utilizando as palavras de

SZEJER (1999), *“instalar com o olhar essa cena em que o recém-nascido é incluído no espaço de fala em que se cria”*. Trata-se de ser testemunha, olhar a mãe, olhar a criança, fazer com que eles sejam olhados.

## **CAPÍTULO II- SOBRE O BEBÊ DE BAIXO PESO NO AMBIENTE DA UTI NEONATAL.**

“Pequeno prematuro, que confusão você faz! Seus pais esperavam sua chegada em um, dois, até três meses, e você já está aqui! Em vez de um bebê rosado e rechonchudo com que sonhamos, eis você magrinho, tão pequeno, tão frágil atrás do plexigás de sua incubadeira.”

(Grenet, M. F)

Inaugurando uma visão contemporânea de cuidados, o Ministério da Saúde, promove uma política de atenção humanizada do recém nascido de baixo peso. Com o avanço da neonatologia e o surgimento das unidades de tratamento intensivo neonatal hoje, são salvos nas maternidades, muitos bebês com peso inferior a 500 gramas e a sobrevivência de prematuros de muito baixo peso aumentou significativamente. Pode-se dizer que essa ação preconiza o atendimento do bebê e da família e intervêm, pois, a partir dessa perspectiva, é facultada a entrada dos pais na Unidade de Terapia Intensiva neonatal, acompanhada pela equipe de saúde que deve acolher a família e saber da influência que esta exerce sobre o bebê.

É considerado bebê de baixo peso todo aquele que ao nascer, tenha peso menor que 2.500 gramas, 43,5 centímetros e perímetro cefálico menor que 32,9cm. Os recém-nascidos considerados de alto risco são aqueles que apresentam: asfixia perinatal; prematuridade; patologias neurológicas; tamanho pequeno para a idade gestacional; hiperbilirrubinemia; policitemia sintomática; hipoglicemia sintomática; uso de ventilação ou oxigênio com concentrações > 40%; infecções congênicas; malformações congênicas e síndromes genéticas. (SOPERJ-Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro).



A classificação do Neonato pela Organização Mundial de Saúde (1966) é promulgada da seguinte forma: Prematuro: < 37 semanas de gestação; prematuro extremo: idade gestacional (IG) entre 28-32 semanas, geralmente com peso <1,500g; pós- maturo: > 42 semanas de gestação. Em relação ao tamanho, é considerado PIG (Pequeno para a idade gestacional) todo o recém-nascido (RN) com peso pequeno para a idade gestacional, podendo ser simétrico ou assimétrico, AIG todo aquele com peso adequado para a idade gestacional, GIG o recém-nato que esteja com peso grande para a idade gestacional. É considerado ainda, período neonatal entre o nascimento e o 28º dia de vida.

Segundo Araújo (2001), os bebês são classificados neurologicamente assim que nascem para que sejam avaliados de acordo com a sua maturidade e grau de integridade do Sistema Nervoso do RN. É de suma importância que os profissionais que trabalhem na Unidade de Terapia Intensiva tenham conhecimento de todo processo que atua sobre o desenvolvimento estrutural e funcional do cérebro para compreender como funcionam os mecanismos responsáveis pelas seqüelas neurológicas, devido a lesões perinatais e/ou adquiridas.

Devido ao nascimento prematuro, esses bebês necessitam dos cuidados clínicos da UTI neonatal, onde o ambiente é claramente desfavorável se comparado com o ambiente intra-uterino. A atmosfera da UTI neonatal pode ser considerada como um ambiente de excessos de estímulos e geralmente desvinculado de qualquer sinal de aproximação de referência domiciliar.

É notável que habite um relacionamento estreito entre o ambiente que tem privilégios em relação à tecnologia, mas ao mesmo tempo apresenta prejuízo do cuidado humanizado. Nesse mesmo espaço, que pouco fornece oportunidades de interação e estímulos, deve aparecer uma modificação na sua estrutura para que façam parte da

rotina de todo bebê momentos de sensibilidade, pois será neste local que o prematuro, quando internado por longos períodos, passará um dos momentos de maior organização psíquica e corporal. É importante, conscientizar a equipe dos cuidados necessários na UTI neonatal, sendo imprescindível analisar os que realmente se tornam inevitáveis para a manutenção da vida do bebê.

A partir de 24 semanas de gestação, limite atual de viabilidade fetal, alguns processos do desenvolvimento cerebral já estão bastante avançados e quase completos incluindo a neurogênese e a migração neuronal (ARAÚJO, 2001). Nestes termos, o bebê usufrui da tecnologia como mecanismo de otimização cerebral, levando-se em conta, é claro, seus determinantes genéticos, biológicos e psicológicos, pelos quais obteremos resultados diferenciados.

Segundo Nunes (2002), o desenvolvimento final da organização cerebral estabelece que seja a mielinização o período crítico para o desenvolvimento do cérebro e envolve: desenvolvimento sináptico, que pode ser afetado pelo meio ambiente da UTI, como por exemplo, a diminuição das espinhas dendríticas na formação reticular em pré-termos dependentes do respirador; morte celular e “poda” dos processos neuronais, como eventos regressivos altamente críticos, sendo que cerca da metade dos neurônios podem morrer antes da maturação final.

O bebê pré-termo exposto a um ambiente totalmente diferente do esperado evolutivamente (UTI neonatal) pode apresentar alterações nas conexões córtico-corticais e na arquitetura primárias de diversas áreas, incluindo o córtex cerebral. Para Araújo (2001) durante o desenvolvimento do cérebro, há um aumento acelerado no peso total do órgão, na fase pós-embriônica, sendo ela considerada como surto de desenvolvimento cerebral. No tocante aos seus estudos Araújo(op.cit), ressalta a importância dessa etapa, pois existem fatores etiológicos atuantes durante o surto de



crescimento que poderão levar ao que é considerado uma patologia do crescimento cerebral. Essa etapa de aceleração de crescimento cerebral estende-se desde a 13ª semana de gestação, até, pelo menos o final do segundo ano de vida.

A imaturidade do Sistema Nervoso Central (SNC) do pré-termo acarreta diminuição das habilidades auto-regulatórias e autônomas para lidar com o estresse, evidenciando uma sinuosa visão que relata que uma vez que o bebê tem dificuldade de seletivamente inibir ou limitar os estímulos do meio no seu equilíbrio fisiológico, esta aptidão diminuída vai acarretar respostas desorganizadas. Algumas vezes, ineficazes aos estímulos podendo impedir a homeostase fisiológica, assim como, o desenvolvimento normal e psicobiológico do bebê. (ARAÚJO, 2001, p.158).

O bebê de baixo peso gasta tanta energia tentando manter a homeostase de fluxo sanguíneo, respiração e temperatura que muito pouco sobra para a interação social. Apesar de todos os riscos de instabilidade da conduta comportamental do bebê internado em UTI neonatal, existem diversos momentos comportamentais que serão descritos com maiores detalhes posteriormente, o bebê prematuro tende a ser relativamente pobre em termos de regulação, bem como, imprevisível e inacessível. (BRAZELTON, 1985).

Este mesmo autor, em 1973, definiu seis estados de consciência e propôs uma escala para avaliação do comportamento dos neonatos de 0 a 28 dias. São eles:

- Estado 1- Sono profundo: Respiração irregular, ausência de atividade espontânea e sono REM (*rapid eyes movement*), sobressaltos provocados por estímulos externos.
- Estado 2- Sono leve: Olhos fechados, sono REM, respiração irregular, atividade baixa, movimentos muito suaves, respostas a estímulos externos e internos e sobressaltos e mudanças de estado, movimento de sucção.

Os pais, certamente, passam por ciclos: dor, negação que é manifestada constantemente como uma recusa ao estado clínico do bebê, e não com a recuperação dele, raiva, culpa, depressão, desautorização e medo, esses sentimentos e suas muitas variações são naturais e voltam em ciclos novamente muito tempo depois do nascimento do bebê. (BRAZELTON, 1973)

Além dos princípios que norteiam a prática médica, é fundamental que a equipe se comprometa em adequar o nível das informações que incluam os familiares. Pela vertente da humanização, é imprescindível permitir que os pais compreendam que esses ciclos fazem parte do processo da internação. É natural e deve ser dito pela equipe para que reforce o sentimento de busca e de autodeterminação da família.

Toda decisão médica requer um conhecimento de princípios éticos que envolvem e estão intimamente relacionados com os direitos dos pacientes bem como as obrigações do médico. Diuana, M. (2005), citando Morsch(2004) considera que a internação gera uma enorme gama de preocupações no que diz respeito ao tamanho do bebê, sua aparente fragilidade, o medo em relação a seqüelas e o risco de morte do recém-nascido. Além disso, surge o estranhamento de todos, equipe e família frente à rotina de uma UTIN, sobre as dúvidas quanto à competência da família em gerir uma nova pessoa, capaz de interagir com o mundo.

A maneira como a família lidará com essa gama de sentimentos é evidente na posição particular dos cuidados ao bebê. Por meio de uma organização desse processo de hospitalização Diuana (2005) nos fala que a representação do bebê no psiquismo materno dá-se paulatinamente, sendo progressivo o seu conhecimento sobre este novo ser.

Para Regina Orth de Aragão (2004), o bebê é a princípio um “estrangeiro” para a mãe. Aos poucos, esta vai atribuindo-lhe características por meio de projeções e



idealizações a partir de sua própria história infantil, tornando assim o “estranho” familiar. Segundo a teoria de Aragão (2004), o tempo cronológico da gravidez seria necessário para a elaboração do bebê, já que esta experiência poderia fazer com que a mãe passasse da percepção do feto como parte do corpo para constituir-se posteriormente como um “outro”, objeto das percepções maternas.

O bebê também passa por ciclos não tão parecidos com os que os pais experimentam, porém os têm em si, no seu corpo e seu psiquismo, as marcas que levará para a sua vida. O primeiro contato do bebê pré-termo com o toque humano na UTI neonatal traz dor, acompanhado de agulhas, sondas, tubos, manipulação rude, luzes fortes, tudo isso de repente, depois da intimidade do útero, o lugar de referência de proteção muitas vezes.

A família do bebê internado se recupera do choque inicial aos poucos e em ritmos diferentes; a maioria acaba por aceitar a situação e tenta encontrar formas de ajudar o seu bebê a iniciar o processo de formação do vínculo. Por isso é importante que logo que possível, ou seja, assim que o bebê tiver condições, os pais possam ajudar nos procedimentos tocando o seu filho, falando das suas angústias e do que esperam para ele.

## **2.1 Capacidades do bebê pré-termo- seu mundo sensorial, sua comunicação e descobertas.**

“Essa boca que grita, a cabeça que se vira  
E tenta escapar...  
Essas mãos que se estendem, imploram,  
suplicam, depois se dirigem à cabeça, o  
próprio gesto de calamidade...  
Esses pés que empurram furiosamente, as  
pernas  
Que procuram proteger o frágil ventre...  
Essa carne que não é senão espasmos,  
sobressaltos, tremores...  
Então, não fala o recém-nascido?  
É todo seu ser que grita, todo seu corpo  
que se manifesta:  
“Não me toquem! Não me toquem!”  
E ao mesmo tempo, implora, suplica:



“Não me deixem! Ajudem-me! Ajudem-me!”  
(Leboyer,F., 1974)

O estudo do desenvolvimento das capacidades do bebê vem atingindo marcos importantíssimos a partir dos anos 60. Gesell (1973) nos sintomatiza com a importância de seu olhar quando descreve o pensamento que o médico na época referida tinha sobre o bebê *“como um pobre ser, que repousa nu sobre o chão, tal qual um marujo naufrago, arremessado ao sabor das ondas.”* Hoje, ao contrário, sabemos que os bebês apresentam capacidades sensoriais bastante desenvolvidas e algumas competências motoras, utilizadas dinamicamente para o aprendizado e na sinalização de suas necessidades e gratificações na interação com o meio.

Os sistemas sensoriais começam a funcionar antes que suas estruturas apresentem maturação, como aborda Gottlieb (2000) quando fala sobre a ontogenia do sistema sensorial (uma seqüência invariável do desenvolvimento dos sistemas sensoriais em se tornar funcionantes): responsividade cutânea; responsividade na região oral; responsividade vestibular; responsividade auditiva e responsividade visual. Nesta ontogenia, existe uma influência bidirecional entre estrutura e função, sendo que a função ou experiência não tem em si apenas um papel de manutenção, mas também exerce influências facilitadoras ou indutoras na manutenção neural precoce e no desenvolvimento.

O cuidado diário das mães para com os seus filhos traz como já falamos anteriormente, muitos sentimentos de angústia para a família, sentimentos esses que refletem no estado clínico de seu bebê.

No campo da psicanálise, Diuana(2005) nos remete a colaboração de Bernard Golse (2004) *“o bebê chega em um mundo novo onde já há, antes dele, linguagem e pensamento”* (p.16). Para que o bebê se aproprie desta linguagem e pensamento que o

precedem, ele precisa de seu corpo, de seu ambiente e de uma inscrição em uma história que se faz crescente a cada dia através do discurso parental. Golse (2004) coloca ainda que há, entre o adulto e o bebê, um “espaço de narrativa”, onde o corpo e o comportamento do bebê “contam” algo de sua história interativa precoce; aqui os adultos revivem a criança que foram, que temem ou que crêem terem sido. A partir desta relação constrói-se uma nova história onde “*o corpo do bebê é o principal narrador, o principal recitante*” (op. cit. p.35). O bebê nasce com uma história que está pré-arranjada para ele: a de sua linhagem e do desejo parental. Nesse sentido, Diuana(op.cit) afirma que ele vive sua vida como algo agido fora dele e por outros.

Apesar de todos os movimentos que acontecem na UTI, transtornos, sentimentos singulares, as mães muitas vezes, conseguem pela experiência vivida na UTI conquistar confiança em si mesmas e na sua capacidade de conhecer e perceber as necessidades do seu bebê. Desta forma, torna-se mais fácil quando ela compreende suas capacidades, pois quanto mais os pais forem levados a perceber as reações do seu bebê com a sua interação, mais sólida é a primeira relação que se estabelece entre eles e essa ocorre quando eles conseguem discernir as habilidades individuais do seu filho.

Zornig, Morsch e Almeida (2004) postulam que os bebês prematuros nos fazem pensar em como sustentar sua dimensão de sujeito em um momento em que sua sobrevivência depende de ser tomado como objeto de cuidado.

Mathelin (1999) nos situa que as mães dos bebês doentes perdem a capacidade de imaginar e por isso fazem uso de uma outra forma de comunicação mais próxima do momento pelo qual elas estão passando, ou seja, utilizam-se do linguajar médico. Sendo assim, elas desenvolvem o que Druon (1999) chama de preocupação médica primária, pois a partir da internação do bebê, seus pais passam a se preocupar com o que está escrito nos prontuários, com o que aparece nos monitores, passando a medicalizar o



bebê, ou seja, aproximando-se dele através deste recurso. Neste caso particular, é notável uma fuga de sentimentos de angústia com a relação do prognóstico, fato de muitas mães, pelo costume diário na UTI, absorverem um falar similar aos dos médicos para com os seus pacientes e não seus filhos. Interpretamos também como uma ausência de conhecimento das habilidades do neonato.

## **2.2 Exploração sensorial do bebê**

“Uma boquinha para sentir o sabor,  
Dois olhinhos para olhar ao redor,  
Dois ouvidos para ouvir o som,  
Um narizinho para cheirar o que é bom”  
- (Rima Infantil)

Atualmente, está bastante claro que as habilidades sensoriais do recém-nascido não “brotam” repentinamente com o nascimento, o feto demonstra precocemente sensibilidade tátil, controle postural, algumas habilidades manuais (sugar o polegar, explorar a placenta, fazer caretas, etc.), habituação e renovação da atenção, audição e visão.

A experiência dos estudos que serão apresentados pelos pesquisadores, podem contribuir através do crescimento neural, existe a possibilidade de aumentar a habilidade da criança aprender a se lembrar das fases primordiais do desenvolvimento. Brazelton, em 1990, define o processo de habituação como *“uma reação protetora, uma vedação do sistema nervoso contra um excesso de estímulos externos.”* A habituação é essencial para a capacidade de sobrevivência dos recém-nascidos ajudando-os a lidar com solicitações potencialmente sobrecarregantes de seu sistema nervoso, essa capacidade nos prematuros não é tão desenvolvida pela imaturidade neuronal, por isso, eles ficam mais “a mercê” de estímulos ambientais de qualquer tipo.



Para o bebê pré-termo, a habituação não é apenas uma medida segura de autoproteção, indica uma possível regulação ativa do controle do recém-nascido sobre os estados de consciência. É importante saber que para entender as capacidades do recém nascido é essencial salientar que o bebê veda-se aos estímulos intrusivos e torna-se capaz de prestar mais atenção aos sinais apropriados. (Brazelton op.cit.). Isso significa que os bebês têm condições de serem avaliados de acordo com seu estado comportamental pela habituação e confirmação do desenvolvimento neuropsicomotor, além de promover a interação inicial entre pais e bebês, tomando impulso quando os pais conseguem entender essa reação protetora.

O mundo sensorial do bebê é muito rico e falaremos dele nesse capítulo com mais ênfase de acordo com as características individuais de cada sentido sensorial (visão, audição, tato, paladar e olfato) nas possíveis intervenções a fim de estimular essas capacidades no bebê pré-termo.

### **2.2.1 A visão do bebê.**

Os pais sempre se questionam sobre a capacidade visual do bebê, sabemos que a competência do recém- nascido de enxergar vem desde antes do nascimento, mas as alterações físicas mais significativas só se completam em torno de 6 meses. NUNES(2002), relata que mesmo antes do nascimento o bebê pode ver, mesmo antes da mãe saber que está grávida, pois o nervo óptico já está formado.

Ao nascer, a acuidade visual é baixa (0,03), o seu campo visual é de 15 a 25°, a acomodação visual é imperfeita, porém existe fixação visual presente. (Dados da Sociedade Brasileira de Pediatria). Segundo Brazelton, a interação visual no período pós-natal pode ser tão importante quanto a amamentação, o tomar nos braços, o

acariciar, para o processo de ligação. Para nós, psicomotricistas, a palavra seria vínculo, pois a partir do momento que esse bebê abre os olhos ele parece interagir.

A capacidade visual do recém nascido é atestada pela realização do “teste do olhinho” ou teste do reflexo vermelho. Com esse teste, que pode ser realizado ainda na sala de parto, podem ser detectadas doenças oculares como a retinopatia da prematuridade, catarata, glaucoma infecções, traumas de parto e até mesmo cegueira.

Os dados da catarata congênita, segundo o Ministério da Saúde, são alarmantes: *“De cada 100 crianças nascidas, uma tem catarata, que se for cuidada a tempo, pode evitar a cegueira”*. Atualmente, o Ministério da Saúde dispõe apenas do exame de fundo de olho, que também serve para detectar a catarata congênita. De acordo com dados do Ministério, no ano passado foram realizados cerca de dois milhões e cem mil testes. No Brasil, o número de prematuros que sobrevivem, e têm o risco de desenvolver a retinopatia congênita é de 15 mil. Esse exame não é obrigatório, mas se os pais o solicitarem logo após o nascimento, pode ser feito pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

De acordo com Thoman (1972), *“quando na sala de parto, os pais pegam o bebê no colo, para olhá-lo face a face pela primeira vez, os olhos de um bebê não medicado se abrem e prescrutam o rosto parental”* (pg. 23). Para os pais essa atitude tem um impacto enorme, pois a interação visual capta uma admiração singular nessa relação, a capacidade de visão que o recém-nascido tem, é de grande importância do ponto de vista adaptativo, vinculando a mãe ao bebê. Para louvar essa etapa, Brazelton(1975) nos fala que:

(...)A capacidade de ficar e permanecer alerta, de direcionar e fixar atenção num foco visual está correlacionada ao estágio de maturidade do bebê, é evidência também de condições ótimas do Sistema Nervoso Central

(op. cit, p65)



O bebê já pode brincar com objetos que estejam próximos a sua rede de visão. Os pais devem estabelecer contato visual e como estamos falando do prematuro, as necessidades de estimulação são diferenciadas, porém, podem e devem usufruir de brinquedos coloridos, de preferência de tecido lavável. Na UTI da maternidade escola, não são permitido objetos no interior da incubadora, evitando contaminação externa.

Os bebês parecem ter a capacidade inata de aprenderem sobre a face humana, uma das primeiras visões realmente importantes para o recém-nascido é o rosto dos pais. Kessen (1966) estabelece que *“os estímulos visuais que os atraem de modo mais forte parecem ser o brilho dos olhos e o movimento da boca, bem como os contornos do rosto.”* Brazelton (1975.) nos informa sobre a importância em diferenciar quando o bebê não dá respostas aos estímulos visuais nem sempre signifique uma provável deficiência visual, pode ser que ele não esteja apenas em condições próprias para interagir, fazendo uma referência clara aos estados comportamentais.

Klaus & Klaus (2001) ressaltam, que nesse estágio de coisas o cérebro está programado para aprender, desenvolver-se, fazer conexões, é quando, por exemplo: no estado alerta tranquilo, os bebês ficam animados e bem alertos, de repente eles param de se mexer e sugar e ficam bem tranquilos, isso significa que eles estão em extrema atenção visual, prestando atenção no que está a sua volta, conhecendo e identificando, nesses períodos é que acontecem o contato visual olho no olho.

É através de todas as experiências visuais que o bebê está sempre aprendendo, assimilando imagens novas, codificando na memória, categorizando e familiarizando-se com elas, ou seja, estabelecendo o primeiro diálogo. Fica claro que o bebê, mesmo quando extremamente prematuro, consegue identificar o que está a sua volta. Por esse motivo, atentamos a equipe para olhar no olho do bebê e o informe dos acontecimentos



que estão por vir, já que estabelecemos nitidamente uma relação de capacidade inata que é a visão.

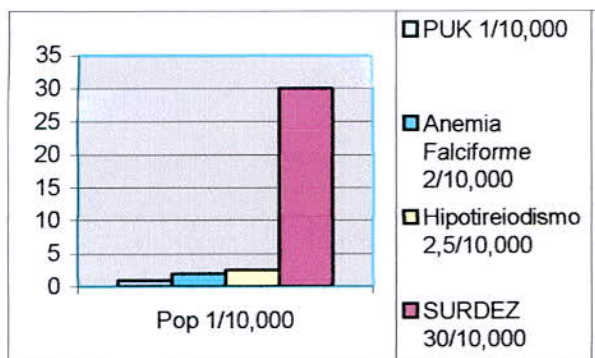
### **2.2.2. A capacidade auditiva do bebê:**

Falaremos agora da audição do recém-nascido, onde podemos comprovar através de diversos autores que também é evidente sua capacidade auditiva desde que o nascimento, pois *“o som viaja facilmente através do útero, e meses antes do nascimento o sentido de audição dos bebês já é agudo e bem desenvolvido”* (KLAUS& KLAUS, 2001). Atualmente, é sabido que o sistema auditivo do feto é funcional desde a vigésima quinta semana de gestação como aborda Bardies (1999) em seus estudos, também ele nos diz que a partir desse momento uma modelagem pré-natal existe e contribui para estabelecer algumas capacidades perceptivas sofisticadas que são encontradas no lactente.

O sistema auditivo do bebê é bastante especial e determina uma importante função, capacidade de ouvir e de se comunicar. É um sistema integrador global da criança e a sua percepção vem desde os primórdios da evolução uterina, pois o som passa facilmente através do útero e, meses antes do nascimento esse sentido já é bem desenvolvido. Algumas pesquisas demonstram que os fetos reagem com um sobressalto a ruídos altos entre a 20ª e 26ª semanas de gravidez, a maioria dos sons penetram as paredes uterinas e abdominais.

Para que o bebê tenha toda essa experimentação positiva, todo o recém-nascido que necessita de cuidados especiais da UTI ou não, deve, por prevenção, realizar um exame especialmente desenvolvido para analisar a capacidade do funcionamento das células que recebem o som: é a Triagem Auditiva Neonatal (O teste da orelhinha). De acordo com Côrtes e Souza (2006), é uma avaliação que consiste em situar se existem problemas auditivos e a confirmação precoce desse diagnóstico pode auxiliar no

tratamento dessa perda auditiva, que até os seis meses é de grande valia, pois auxilia no desenvolvimento da criança aproximando-a de uma criança ouvinte.



Estáticas indicam que a cada 1000 recém-nascidos 3 apresentam algum tipo de perda auditiva. (Joint Committee on Infant Hearing)

- Esta incidência é alta quando comparada a outras testagem neonatais, como: O TESTE DO PEZINHO (Fenilcetonúria) 1 em 10.000, enquanto no TESTE DA ORELHINHA em 10.000 nascimentos são detectados 30 casos de SURDEZ. (NCHAM-97).

De acordo com a pesquisa de Klaus & Klaus (2001) os bebês preferem vozes mais agudas, ao que se consta, as mães e os pais fazem uma voz mais aguda quando conversam pela primeira vez com o bebê, porém, segundo Brazelton (1995), os bebês têm preferência pela voz feminina em relação à masculina: a mãe parece mudar o tom de voz quando vai falar com o bebê. É o *manhês*, ou o *motherese*. Soulé explica que:

(...) os adultos utilizam ao registro de uma voz mais alta que eo habitual, uma gama de entornos de entonação restirta, cujas modulações de altura são muito exageradas, formas melódicas, longas, doces, com glissando abruptos e excursões amplas  
( op. Cit,p63)

Bardie (1999) exemplifica o *motherese* como a prosódia materna, aquela melodia rítmica da cadeia falada, são as variações de altura que dão lugar a entonação, enquanto as variações de duração marcam o ritmo, essas variações prosódicas têm funções lingüísticas, “*elas marcam as fronteiras sintáticas, eles marcam contrastes fonológicos*”, os bebês distinguem as modalidades das frases pela forma da entonação.



Quando a mãe utiliza essa fala melódica, é importante que se atente ao que está por traz dela, pois quando os adultos e principalmente a mãe fala com o seu bebê, ela estabelece um contato afetivo. Suas primeiras mensagens em relação ao que se está falando para o bebê é captar a atenção da criança. A voz transporta a emoção dos pais, e, por meio dela, a criança vai aprender a interpretá-las e responder a elas. É necessário deixar que as vozes se expandam, todas elas: a do bebê, a da mãe, a do pai.

(...) a voz é realmente um corpo nascente: uma glote, cordas vocais, caixas de ressonância, músculos e um fole, mas também um corpo que vai além de si, que vai em direção ao outro que escuta.  
(SZEJER, 1999, p.68).

Pela voz de outros homens, o recém-nascido deixa de ser apenas um corpo, e passa a ser inserido no mundo simbólico. A voz é essa censura significativa mais apta a levá-lo à vida do que o corte do cordão umbilical. Ela o nomeia, distingue e celebra o corpo da criança (SZEJER, 1999).

Essa é a importância de se ter um profissional que compreenda essa demanda tanto corporal, das marcas que ficam dessa voz, tanto a direção que ela vem: a mãe, o pai; a família; quando surge a voz do outro, fazendo-se necessária a intervenção de um outro que não seja a família, um profissional; um psicomotricista, que saiba dirigir um olhar ao estado da criança e responda com uma ação específica. É uma dimensão outra que se abre, o papel da estruturação do humano que cuida são as marcas inscritas que formam o alicerce do aparelho psíquico. Portanto, as interações naturais da mãe com seu bebê ajudam-no a aprender de uma forma singularmente adaptada ao seu desenvolvimento.



### 2.2.3 O paladar e o olfato:

Abordaremos agora mais dois sentidos sensoriais: o paladar e o olfato. Ao nascer, o bebê tem a capacidade de distinguir os odores atrativos dos repelentes que os ajudarão a adaptar-se a seu novo ambiente. (BRAZELTON,1985)

O paladar do recém-nascido é extremamente desenvolvido, desde a quarta semana de gestação, a língua já existe, antes de completar o segundo mês, as células responsáveis pelo paladar estão formadas. Entretanto, vale lembrar que o feto se alimenta via cordão umbilical, sendo este diretamente ligado à placenta, o gosto que ele conhece é apenas o do líquido amniótico, cuja composição química não varia muito. Sabemos que a composição do leite materno tem alguns componentes do líquido amniótico, o que demonstra uma estreita relação entre ambos. O alimento mais rico do bebê, o leite de sua mãe representa um conjunto de nutrientes pela complexidade biológica, quantidade ideal protéica, ferro, carboidratos, gorduras essenciais e potencial hidratante.

Pelo paladar, o recém nascido prematuro, experimenta os sabores necessários para a sua sobrevivência, pois prematuros tem necessidades nutricionais especiais que são decorrentes da alta velocidade de crescimento como relatam Lamounier, Vieira e Gouveia (2001). Para esses autores, as mães prematuras produzem maior quantidade de nitrogênio que se faz rico em proteínas e tem menor quantidade de lactose mais energia, o que o nosso recém-nascido especial precisa muito. Todas essas propriedades nutricionais são adequadas às necessidades fisiológicas e imunológicas do imaturo tubo digestivo do bebê e é por esses motivos que o prematuro pode e deve se deliciar com esse leite dotado de sabores. Na UTI neonatal, a experimentação do leite materno vai variar a condição clínica da criança.

Após o nascimento, ele já tem capacidades de reconhecer os sabores básicos - doce, azedo, amargo e salgado - detectados pela língua e decodificados em nosso cérebro; fato que parece um benefício adaptativo, pois nas pesquisas de Klaus & Klaus (2001) são demonstrados que os sabores em si resultam da soma dos receptores do paladar na língua e na garganta e dos receptores do olfato na porção superior do nariz e da garganta.

No caso dos bebês pré-termos, a luva de procedimento é utilizada sempre que é realizada uma avaliação oral, aonde o bebê é submetido ao gosto do latex da luva. Como reação, eles respondem com expressões de rejeição, fazendo uma careta ou contraindo os lábios, uma reação de estranheza de acordo com as pesquisas de Klaus & Klaus (op.cit), assim como o gosto dos medicamentos e a reação ao primeiro momento do leite materno.

Os bebês são capazes de distinguir e de reconhecer cheiros diferentes, depois de responder inicialmente a um cheiro novo, eles adaptam-se rapidamente e deixam de responder depois que o cheiro se torna familiar e quando um novo cheiro é apresentado, eles mostram seu interesse, movendo a cabeça, seu nível de atividade e seus batimentos cardíacos mudam.

Exatamente da mesma forma, acontece com relação ao leite materno, pois segundo Mathelin (1999), os recém-nascidos de dois dias escolhem o odor do líquido amniótico da mãe, localizando-se assim através dessas informações adquiridas intra útero. Os bebês alimentados com mamadeira mostram menos capacidade de discriminar o cheiro da mãe entre os cheiros de outras mulheres não-lactantes, ao que se parece, tanto os bebês amamentados quanto os que tomam mamadeira parecem ser atraídos pelos odores do seio e deixa uma interrogação para essa questão.



#### 2.2.4 A experiência tátil:

A sensibilidade tátil do recém-nascido está presente e ativado bem antes do nascimento, uma vez que os bebês estão cercados e são acariciados por fluidos e tecidos quentes desde o início da vida fetal. Depois do nascimento, eles continuam a gostar da proximidade de calor e de consolo tátil, o tato é a primeira esfera importante entre a mãe e seu bebê, de acordo com Mathelin (1999). A propriocepção é possível logo de imediato no nascimento e dá aos bebês as condições de conhecer seu meio antes da maturação de seus receptores centrais ou periféricos, a resposta de uma estimulação existe desde as primeiras semanas de vida fetal.

Montagu (1971) afirma que nesse momento eles já têm todos os receptores cutâneos presentes, sendo assim a sensibilidade tátil já é possível no recém-nascido. A estimulação tátil tem efeitos profundos sobre o organismo, tanto fisiológicos quanto comportamentais, o processo do toque pode favorecer o desenvolvimento sensorial do bebê quando aponta o papel da bainha de mielina que é um revestimento gorduroso presente em cada nervo, age como um isolamento em volta de um fio elétrico.

A bainha de mielina protege o sistema nervoso e aumenta a velocidade da transmissão do cérebro para o resto do corpo. Esse processo de revestimento dos nervos não está completo até o nascimento; a estimulação tátil o acelera, favorecendo assim, uma rápida excitação neurocelular e melhorando as comunicações cérebro-corpo. (MONTAGU, 1971, p.234).

A pele é o órgão sensorial primário do bebê humano, durante seu período de ligação afetiva reflexa é a experiência tátil, o elemento crítico para o prosseguimento do crescimento e do desenvolvimento. ( MONTAGU, 1970). Ao que se refere a outros aspectos do tato como variações de temperatura, de pressão de umidade e de dor, Klaus & Klaus (2001), relatam como a área tocada determina a resposta, como por exemplo no



caso da amamentação. A estimulação ao redor da boca induz a pressão do seio e da sucção, bem como a movimentação do sistema gastro-intestinal superior, nesse caso a pressão da palma de uma das mãos induz a criança girar a cabeça para o lado da mão tocada e a abertura da boca. É a descrição do Reflexo de Babkin; esses reflexos, induzidos pelo toque, estabelecem-se antes do nascimento e servem para vários sentidos como autoconforto, controle sobre a atividade motora e auto-estimulação.

Sendo a sensibilidade da pele, uma das funções mais fundamentais e que se desenvolve mais precocemente, como já falamos anteriormente, sua estimulação é essencial para o desenvolvimento orgânico e psicológico adequados, como nos diz McClure (1979), a estimulação sensorial natural, através da massagem acelera a mielinização do cérebro. O toque e as massagens apropriadas parecem ativar várias respostas fisiológicas e emocionais que podem tranquilizar a angústia dos pais e aumentar o crescimento e o conforto do bebê, como enfatiza Klaus & Klaus (2001).

No bebê hospitalizado, o toque qualificado pode fazer diferença na sua vida, estabilidade clínica e fisiológica conforme já abordado acima. Em um ambiente intensivista, como no caso da UTI neonatal, a massagem como forma do tocar no bebê, é um benefício que pode ser profundo e salvar a sua vida, sendo muito mais que uma experiência sensorial prazerosa ou terapia física.

É através da pele que o nosso tônus se altera, transforma uma demanda de atenção; é através dela que o evento mais emocionante da relação mãe-bebê acontece: a amamentação; através de duas peles se dá o diálogo tônico, uma troca de carinho tátil, proprioceptivo entre mãe-filho. O toque no bebê internado visa fornecer padrões contingentes de estimulação quando o bebê estiver estabilizado, ou seja, em condições clínicas de receber o toque. Pode-se ir devagar, aos poucos iniciando a massagem, assim, o bebê tende a se sentir menos invadido, sendo também importante salientar o

olhar e perceber o quanto ele pode suportar desse toque, este não deixa de ser uma estimulação, evitando fazer vários estímulos ao mesmo tempo.

Os pais podem tocar nos filhos de inúmeras maneiras, mas para isso precisam sentir-se seguros, a ajuda do psicomotricista nessa hora é fundamental, para organizar a postura do bebê e a dos pais que parecem ter “medo de quebrá-lo”. Os recém-nascidos têm necessidades que devem ser saciadas de forma apropriada, a massagem combina intimidade, comunicação, brincadeira e cuidado, tende a desenvolver um apego seguro aos pais, uma idéia de competência, fortalecendo o investimento para com o seu filho.

É através do toque que o médico examina o corpo do bebê. Por esse profundo sentido cinestésico é possível aprofundar as demandas corporais que os bebês possuem. Deveria ser através do olhar, contradizendo uma prática. Para ver, enxergar propriamente dito, precisa-se ter o sentido da visão e a vontade de se enxergar o que está a sua frente. Ruben Alves em “Educação dos Sentidos e Mais” (2005) nos fala que olhar pode revelar amor ou morte, mas de qualquer forma se exige uma distância para ver. Toda experiência do ser humano é banhada no toque, seja ele prazeroso, angustiante, sofrido ou erotizante. Sabemos que atravessa toda a barreira neurocomportamental e fundamental para o desenvolvimento do ser humano. Estaremos explorando uma visão holística sobre os diversos olhares que a saúde postula com a intenção de movermos um paradigma de cuidados.

É o profissional médico que pode e deve incentivar a aproximação do bebê de sua mãe em uma situação de hospitalização, em que um olhar diferenciado, um guardar, vai permitir ou não uma abordagem que otimiza o desenvolvimento integral do bebê como um indivíduo. Quando existe essa possibilidade, é possível perceber se através da interação mãe-bebê existem evoluções motoras, psicomotoras e cognitivas, não só para caráter terapêutico, mas fundamentalmente preventivo.



Enfim, as capacidades sensoriais do bebê continuam se desenvolvendo após o nascimento, elas podem e devem ser estimuladas, com cuidado para que não sejam sobrecarregadas, pois quando os bebês são excessivamente estimulados, seu desenvolvimento sensorial pode ser afetado. Se os pais estiverem sintonizados com o seu bebê, descubrem que existem muitas maneiras de inter agir com ele e essa experiência singular é agente formador de experiências que ficarão guardadas para o resto de suas vidas.

### **2.3-ASPECTOS COMPORTAMENTAIS DOS BEBÊS E O AMBIENTE DA UTI NEONATAL.**

Silva (2000) relata que segundo os estudos de Als e Brazelton, comprova-se a necessidade de se dar mais ênfase ao desenvolvimento neurocomportamental dos recém-nascidos, de acordo com os efeitos de complicação médica na interação precoce pais-bebê. Esses estudos sobre o desenvolvimento e comportamento dos prematuros vem acrescentando importantíssimos conhecimentos sobre os recém-nascidos de um modo geral.

Heidelise Als, uma psicóloga americana começou a observar pré-termos no final dos anos 60, desenvolveu um trabalho considerado pioneiro na área materno infantil. No início da década de 80, divulgou a sua teoria, centralizada na habilidade do recém-nascido em interagir com o meio envolvente (ALS *et al.*, 1986). Para os profissionais e pais de bebês em UTI neonatal, existe uma formação com treinamento específico de observação dos sinais do bebê no centro que organiza, estudando todos os procedimentos realizados no NIDCAP (Programa de Avaliação e Cuidados Individualizados para o Desenvolvimento do Neonato) através de uma comissão de profissionais da organização de ensino, atualizam o perfil anualmente.



O NIDCAP tem por filosofia cuidar de todas as pessoas e fatores que direta ou indiretamente fazem interface com o bebê, o que envolve o profundo relacionamento entre cuidadores (incluindo os pais) e o bebê.

Pelos avanços dos estudos de Brazelton (1984) para com o desenvolvimento dos bebês, sabe-se que a idéia de os bebês não serem neurologicamente imaturos de comportamento subcortical, visto como quando vemos um recém-nascido engajado em interação social com o adulto que lhe cuida, é notável perceber que eles são capazes de muito mais do que se imaginava.

Quando se utilizam estímulos positivos e não intrusivos, o recém-nascido apresenta uma capacidade surpreendente de prestar atenção, mantendo-se alerta e suprimindo reflexos divergentes para poder concentrar-se, como relata Nunes (2002) em seus estudos. Os bebês respondem e interagem com seu ambiente desde o momento do nascimento, mas para que o adulto saiba obter essa resposta, é necessário que ele conheça os vários estados de consciência do recém-nascido. Brazelton(1984) nos fala que:

(...) Dependendo do estado em que o bebê se encontra, a estimulação em que eo bebê se encontra, a estimulação pode ou não ser adequada. Quando os estímulos apropriados são apresentados nos estados adequados, mesmo o bebê mais prematuro da evidência de trabalhar um sistema central intacto e adaptável. (op. Cit,p284)

É importante dar oportunidade aos pais de também reconhecerem cada estágio para observar diferentes desempenhos, se a rotina do bebê for programada, de acordo com cada sistema para que melhor possam aproveitar os melhores momentos em que seu bebê esteja disponível para uma interação, alimentação ou sono diminuindo a angústia que os pais sofrem quando somente vêem choro e dor quando chegam no momento de exames ou mamada do bebê.

De forma semelhante, alguns estudos comprovam a necessidade de se fazer abarcar as necessidades e os efeitos nos cuidados contingentes, que Als (1984) traduz como aqueles que seriam realizados com o bebê, o que exige uma observação prévia, analisando a real necessidade do procedimento, assim como o momento mais adequado ao bebê e modulado com as suas respostas. Para isso, não é necessário que toquemos no bebê, basta o olhar de profissional e entendimento do que e como ele está se sentindo para saber se está disponível para ser tocado, através das pistas que serão abordadas posteriormente, onde o bebê pode apresentar sinais de aproximação e de retraimento ou de estresse frente a um dado estímulo.

O bebê é capaz de apresentar comportamentos de equilíbrio ou de estresse como descreve Silva (2000) em seus estudos quando relata que Fabre-Grenet (1997) pronuncia a certeza que conforme o cérebro vai amadurecendo, ele torna-se capaz de absorver informações sensoriais cada vez mais complexas. Assim quanto mais amadurecido e adaptado estiver, menor será o limite do seu estresse.

Por meio de estudos de recém-nascidos prematuros, Als (1984), desenvolveu a Teoria Síncrona Ativa do Desenvolvimento, que é um modelo de desenvolvimento abre caminhos para observar o funcionamento cerebral, via comportamento do bebê

O ambiente da UTI neonatal tradicional, voltada basicamente para a salvação/recuperação clínica apresenta um flagrante contraste em relação ao meio ambiente uterino. É um ambiente de excessos: luz forte e constante, muito ruído e grande quantidade de procedimentos. Porém, com o avanço dos conhecimentos sobre os neonatos pré-termo, surgiu a abordagem mais atual e mais completa; o modelo dos cuidados contingentes são cuidados originados e modulados pelas pistas do bebê (por menor que seja o neonato). Assim sendo:



(...)Esses subsistemas no bebê a termo funcionam todos, de forma harmoniosa, permitindo uma estável interação com o meio, porém no bebê pré-termo, a “energia” disponível está distribuída de forma diferente: As demandas do sistema autônomo são enormes e seguidas pelas do sistema motor (NUNES, 2002, p. 5).

Trata-se de um novo paradigma de cuidados, é um arquétipo mais completo que possibilita a diminuição dos estímulos quando estes forem demasiados enquanto permite prover estímulos adequados quando o bebê demonstrar prontidão, que é quando atinge uma integração razoável dos controles motor, autônomo e de estado já descrito no capítulo anterior.

Os comportamentos dos bebês são vistos de acordo com cinco sistemas que Als (1984) relata. Eles são descritos independentes de contorno didático, mas funcionam de forma interligada e interativa entre si e com o meio, onde o desenvolvimento de um dado subsistema depende da estabilidade e emergência do outro. Por ordem de aparecimento no desenvolvimento humano temos:

- Sistema Autônomo (ou fisiológico) que inclui alterações na respiração, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, coloração da pele e temperatura, dor e sinais viscerais.
- Sistema Motor que pode ser observado pelo tônus, postura, movimentos voluntários e involuntários do bebê.
- Sistema de Organização dos estados de vigília e sono, que compreende os estados de consciência, envolvendo a qualidade de cada estado, variabilidade, estabilidade, transições e estado dominante.
- Sistema de Atenção - interação social: observa a capacidade do bebê de permanecer alerta e aprender as informações cognitivas, sociais e emocionais. É todo o sistema de comunicação, com o olhar e o sorriso.



- Sistema Regulador - observa as estratégias que o bebê utiliza para manter ou retomar a uma integração equilibrada, relativamente estável e equilibrada dos subsistemas. Pode também envolver o tipo e quantidade de facilitação que o bebê necessita receber do meio.

A ênfase nos estudos que demonstram as habilidades dos bebês como parceiros potenciais ativos nos relacionamentos familiares tem emergido desde a publicação da Escala de Avaliação do Comportamento Neonatal (BRAZELTON, 1973; BRAZELTON, CRAMER, KREISLER, SCHAPPI, SOULÉ, 1987).

O bebê pré-termo tem um limiar muito baixo para responder ao meio, sendo assim, pelos estímulos visuais poderá responder sem conseguir se desligar provocado pela desorganização dos demais sistemas. A desorganização pode ser evidenciada *“em termos de taquicardia, apnéia, hipotonia, e até por um estado de hiperalerta ou de completa exaustão”* (SILVA, 2000, p. 197).

De acordo com a TSA, existem sinais que podem ser reconhecidos pela organização dos bebês de acordo com os seguintes comportamentos que didaticamente serão separados de acordo com Fabre-Grenet (1997):

- Comportamentos de estabilidade no sistema autônomo: respiração regular; pulso regular; coloração cutânea rosada, unida e estável; digestão eficaz (sem refluxo, gás, vômito, etc).

- Comportamentos do sistema motor que refletem estabilidade: postura harmoniosa com tônus equilibrado, “semiflexão dos braços, pernas e tronco, movimentos suaves dos braços, pernas e tronco, esforço e sucesso em encaixar o tronco em flexão e encaixar as pernas” (NUNES, 2002, p.8); mãos na face e movimentos bucais; busca de sucção e sucção efetiva; contatos das mãos e pés na superfície; agarrar; segurar.

- Comportamentos no sistema vigília/sono que refletem o equilíbrio: estados de sono profundos e diferenciados; choros fortes e rítmicos; boa capacidade de se autoacalmar e de se autoconsolar; frequência cardíaca (FC) entre 120 e 160bpm (batimentos por minuto); frequência respiratória (FR) entre 40 e 60 irpm (inspiração-respiração por minuto); boa saturação de oxigênio.

- Sinais de estresse e de baixo limiar de reatividade podem ser observados pelos seguintes comportamentos:

- Comportamentos do sistema autônomo e visceral: pausas respiratórias; taquipnéias; alteração da coloração (palidez, cianótico, ruborizado); respiração arfante; soluço; perturbações digestivas; tremores; sobressaltos; tosse; cuspir; engasgar; fungação; bocejos.

- Comportamentos de estresse observáveis no sistema motor: flacidez de braços, pernas ou tronco, comportamento de extensão do corpo todo, contorcimento ou arqueamento; freqüente extensão da língua; afastamento de dedos ou mão cerrada; saudação; extensão de pernas (“sentado no ar”); choramingo; atividade desordenada.

- Comportamentos de estresse que podem ser observados nos sistema sono/vigília: estados de vigília e sono difusos; olhar pasmo; careteamento; comportamento de evitação ativo; estado de vigília em pânico; mudanças rápidas entre os estados de vigília em um curto lapso de tempo; bocejos e espirros freqüentes; FC menor que 120 ou maior que 160bpm; FR menor que 40 ou maior que 60irpm; saturação de oxigênio menor que 92%”.

A compreensão da linguagem do bebê pode ajudar tanto a equipe quanto a seus pais, diminuindo a angústia dos cuidados da UTI neonatal, para isso é necessário que os bebês se habituem, pois essa é uma reação protetora.



## **2.4 CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS COM OS BEBÊS- UMA FILOSOFIA PARA ALÉM DA PREMATURIDADE.**

A frequência da manipulação das crianças na UTI neonatal aumentou significativamente em poucos anos. Por conta dos estudos avançados sobre o comportamento dos bebês, muitos profissionais da área da saúde se implicaram em pesquisas sobre os cuidados com o bebê. Na Maternidade Escola da UFRJ um fator que determina a frequência dessa manipulação é seu perfil acadêmico que leva à presença diária de dezenas de profissionais naquele local para aprender.

Ramos (2004) em seu artigo NIDCAP, uma realidade possível, cita Murdoch & Danford et al (1983) que verificaram uma média de 234 manipulações em 24 horas de observação, e que estas chegam a ocorrer em intervalos médios de 5-20 minutos, sendo as enfermeiras as principais responsáveis por essas intervenções, seguidas dos pediatras e finalmente pelos pais.

Ainda a autora, afirma que associado aos procedimentos foram registradas alterações, nomeadamente ao nível dos sinais vitais, no entanto, não só as conseqüências dos procedimentos estão em causa, mas também o fato de esses se repetirem inúmeras vezes, potencializando a adversidade dos seus efeitos.

O recém-nascido, cujo sistema nervoso continua em desenvolvimento mesmo após o nascimento, tem agora de se ajustar a um ambiente de sobrecarga sensorial. Nesta perspectiva, a adaptação entre estímulos ambientais e as expectativas do sistema nervoso em desenvolvimento, requer um gasto energético acrescido, sobretudo no caso do pré-termo (ALS, LESTER, BRAZELTON, 1979; ALS & GILKERSON, 1997).

A teoria de Als assenta na avaliação individual do recém-nascido, permitindo uma adaptação ao ambiente da unidade e dos cuidados, na sua globalidade e integrando os pais, como atores indispensáveis na relação com o recém-nascido (ALS, 1986).



A partir dessas consideráveis observações, Als(1997) elabora um plano holístico capaz de promover uma rotina de cuidados que agrupe as necessidades vitais do bebê. A concentração dos cuidados em períodos limitados, através da coordenação global da equipe de saúde, permite preservar a organização do sono ao favorecer períodos de repouso para o bebê. Os períodos de alerta devem ser aproveitados para a prestação de cuidados e se o bebê o suportar, para encorajar as interações sociais.

Particularmente com os pais, informando sobre a qualidade do estímulo que deve ser oferecida ao recém nascido internado em UTI neonatal, criando para eles uma linguagem mais direta e acessível sobre as “pistas” de comportamento do seu bebê para que eles possam aproveitar ao máximo o tempo que estiverem com ele.

A filosofia do NIDCAP constitui, também, no aprendizado e observação do comportamento do bebê (suas competências e dificuldades) e com isso usar informações para fornecer-lhe cuidados individualizados. Transforma o paradigma dos cuidados do bebê para os cuidados com o bebê e na UTI neonatal, sendo eles:

- Consistência nos cuidados: sempre que possível, a mesma equipe deve atender o bebê, discutindo o plano de cuidados entre si e a família.
- Estruturar às 24 horas do dia do bebê: organizar as atividades de forma a preservar os períodos de sono do bebê, realizar as atividades de acordo com as necessidades e não de forma rotineira.
- Adequar o compasso dos cuidados de rotina: organizar o meio ambiente, planejar atividade para evitar interrupções, no caso de ter programado uma avaliação, por exemplo, ter todos os materiais disponíveis no momento, observar o bebê antes da intervenção, sinalizar ao bebê que ele vai ser manipulado (com voz suave, toque com contenção); usar os suportes e pausas que forem requisitadas pela

organização comportamental do bebê, convidar a família a participar do procedimento (durante e/ou na estabilização).

- Dar suporte durante as transições: auxiliar o bebê ao redor das atividades realizadas e quando começa acordar e ao adormecer.

- Posicionamento adequado: suporte é utilizado em um esforço para aumentar as competências do bebê e gradualmente serão retirados conforme aumenta a capacidade de auto-regulação.

- Suporte individualizado para a alimentação: todos os aspectos de suporte de acordo com a Teoria Sincrono Ativa deverão ser considerados no planejamento individual de alimentação do bebê.

- Oportunidades para contato pele a pele.

- Cuidados colaborativos: todos na UTI devem conhecer o programa de cuidados, os especialistas deverão contar com o auxílio da enfermagem do bebê e/ou dos pais (que conhecem bem as necessidades específicas);

- Meio ambiente tranquilo e calmante.

- Suporte ao desenvolvimento: coordenado por um especialista em desenvolvimento infantil em treinamento com o NIDCAP.

- Conforto para a família.

O Objetivo do NIDCAP é minimizar o estresse aumentando a estabilidade para o bebê, promovendo uma melhora nas medidas do desenvolvimento e na relação pais/bebê. Essa filosofia envolve modificações no macro ambiente para dar suporte aos bebês durante toda sua trajetória de desenvolvimento fora do útero, observação das



pistas de estabilidade e de estresse do bebê, *“intervenções individualizadas contingentes com as pistas do bebê e facilitação das competências parentais na leitura e resposta ante as pistas de seu bebê”*. (NUNES, 2002. p.9).

O NIDCAP permite revolucionar o cuidar na UTI neonatal. Hoje, no Brasil, em algumas maternidades públicas utilizam-se muitos dos métodos de observação e humanização dos procedimentos, que funciona tanto para o bebê como também para os pais e a equipe uma vez que esta última passa a lidar com o bebê de forma individualizada e contingente.

Para nós da Psicomotricidade, o uso dessa filosofia é demasiadamente importante, uma vez que nos inclui na humanização com a equipe multidisciplinar com o desígnio de interdisciplinar os cuidados com o bebê de uma forma integradora que agrupe os cuidados essenciais e ofertar um efetivo trabalho de implementar a experiência uma abordagem do cuidar para além da clínica do bebê.

### CAPÍTULO III- SIGNIFICADOS E SIGNIFICANTES. A PLURALIDADE DAS RELAÇÕES ESTABELECIDAS NO AMBIENTE DA UTI NEONATAL.

“O volume da aparelhagem, os ruídos dos alarmes, o ir e vir de desconhecidos profissionais, que utilizam palavras novas e estranhas e a sucessão de berços e incubadoras com crianças aparentemente tão diferentes da maioria dos outros bebês conhecidos (os nascidos a termo e saudáveis) são fatores que contribuem para um sentimento de irrealidade, corroborado por uma vontade muito forte, por parte dos pais, que tudo isso fosse um pesadelo, possível de ser interrompido a qualquer momento, e do qual emergiria, com saúde e bem forte, o seu bebê”.

(Denise Morsch e Nina de Almeida Braga)

Na vida, em geral, os critérios para a felicidade são os mesmos: o sonho de ter filhos e uma vida que condiz com esse projeto. Para que esse plano ocorra, é preciso proceder sempre de forma verdadeira, autêntica e fidedigna ao identificar as condições internas que permeiam esses desejos. Postulo, ao me referir ao idealismo-termo, ao qual podemos atribuir, em parte, os sucessos, avanços e conquistas de ter um filho. Os registros etimológicos da palavra *ideal* vêm do latim *idealis*, “*o mesmo que ideal, criado no entendimento ou na imaginação*”. É formada pela composição *ide* (o), do grego *idéias*: *aspecto exterior, aparência, forma, caráter especial, maneira de ser, espécie; princípio geral que serve de base para uma classificação; idéia, forma ideal concebível pelo pensamento, de que cada objeto material é a reprodução imperfeita; concepção abstrata gênero ou figura de estilo.* (Houis, Dicionário da língua Portuguesa)

Desde a notícia da gravidez anunciada até o momento ímpar do parto, agregam-se sentimentos diversos: o desejo, a alegria, o medo, a angústia, a responsabilidade, além do investimento narcísico sobre um ser ainda em formação, abrangendo todos os significados, biológico e psíquico, que esta função de tornar dois seres humanos pais possa ter.



Winnicott (2002), ao discorrer sobre as origens do indivíduo já postulava que “*o início das crianças se dá quando elas são concebidas mentalmente*” (p.43). O autor afirma que a idéia de ter filhos se manifesta inicialmente através do brincar das crianças de mais de dois anos e este desejo faz parte do material de que se constituem os sonhos.

Para Szejer (1999) “*o recém-nascido já nasceu antes de nascer*”, ratificando a idéia de que sua vida começou cerca de nove meses antes e que o bebê o sabe, à sua maneira, tendo isso sentido para ele desde o primeiro dia. Ambos os autores nos fazem pensar sobre a importância do desejo parental para que este novo indivíduo possa dispor do investimento narcísico de seus pais, o que se constituirá como um elemento propulsor do desenvolvimento saudável desta criança.

(...) Sem exageros, podemos dizer que o idealismo está para a vida como o coração esta para o corpo.

Enquanto esse órgão é responsável pelo bombeamento de sangue para todos os demais, garantindo o pleno funcionamento da máquina humana, o idealismo, por sua vez, ativa os dispositivos necessários à superação dos limites, permitindo às pessoas o acesso a essência vital que torna os seres humanos tão surpreendentes, imprevisíveis, especiais.

( CHALITA, p23)

Nessa incursão vertiginosa, misto de realidade e sonho, o nascimento de um bebê prematuro ou não, mas que por ventura necessita de cuidados na UTI neonatal, traz aos seus pais um momento de realidade cruel, um medo e a iminência de morte do seu filho. É preciso idealizar para investir, são os dispositivos do ideal que fazem o ser humano investir em mínimas coisas.

Quando se trata de um filho que está sobre cuidados de outros, por conta de uma hospitalização, é necessário acreditar na sua sobrevivência. É a partir desse sentimento de investimento de um ideal que a equipe também será capaz de cuidar “como se fosse seu”, porque é assim que os membros desse conjunto de profissionais também precisam acreditar para que, deste modo, façam parte desse ideal maior: o bebê enquanto figura de maior importância.

E quando o bebê, idealização de um sonho não responde ao anseio da mãe, de uma família inteira, não corresponde ao imaginário de estar em casa após o período do trabalho de parto, quando há um impasse nessa trajetória? Este é um tempo de espera, o tempo de ter o filho em casa, lugar de referência da família, e de idealização do bebê em casa, para que a família o cuide. Essa espera traz uma modificação no psiquismo dos pais, tendo em vista que eles constroem uma imagem idealizada do bebê que permite a criação do seu bebê imaginário. Diuana (2005) nos fala que esta primeira forma que a criança toma para a família é essencial, já que a partir dela os pais poderão depositar todo o seu investimento ao passo que têm a chance de dar à sua própria história um novo significado.

Essa mesma autora nos aloca sobre a tortuosa experiência na UTI neonatal que a família vive quando, frente ao ambiente ruidoso e altamente técnico da UTI Neonatal, os pais buscam referências no que haviam sonhado ao mesmo tempo em que procuram no pequeno bebê dentro da incubadora alguma forma de interação. Para elucidar, temos o pensamento abaixo:

O olhar e a palavra da mãe reconhecendo a criança como um ser completo, como um outro, instaura na criança a percepção imaginária de sua unidade corporal. É como se a mãe apresentasse a criança a si própria. O único ser humano verdadeiramente conhecido pela criança é a mãe.  
(Ernani Trotta, p25)

Uma história escrita por idealistas... os pais. Por esta ser uma fase muito agressiva para o bebê, onde o perigo de morte é real, este se protege através do sono das intensas intervenções e dos estímulos da UTI. (DIUANA, 2005) Sendo assim, percebe-se que os prematuros diminuem a atenção com o ambiente circundante para investirem em sua recuperação física, o que acaba reforçando a fantasia inconsciente dos pais de que eles não são competentes para cuidar dessa criança.



Os estudos de base etológica trazem uma importante contribuição para tratamento desta questão na UTI neonatal. No acúmulo de certos estímulos, tanto internos (como a respiração, o movimento peristáltico, e o batimento cardíaco) quanto os externos (as luzes, as diversas vozes, etc), tudo isso misturado, funciona como detonador da interação social, ou então como supressores dessa mesma relação (LAMEGO, 2002). Para Bowlby (1982), a observação dos sinais de interação do bebê torna-se precioso para o estudo que Lamego(2000) descreve como interação social não verbal em seres humanos, sobretudo quando estas interações possuem uma carga emocional.

A proximidade entre mãe e bebê por meio de experiências sensoriais e interações, coloca os dois em importante sintonia um com o outro, esse diálogo de dois corpos é descrito por Wallon (1971) como diálogo tônico e começa nos primeiros momentos em que a criança “vem ao mundo”. Sem compreender o que está acontecendo, a mãe que consegue dialogar com o seu filho de forma produtiva, benéfica, terá um contato extenso com o seu filho, um vínculo. Essa experiência corporal, uma massagem entre dois corpos, envolve muitas experiências que são revividas pós-útero.

Para Mc Clure (1979), os elementos importantes que ajudam à mãe e o bebê a formar o vínculo, incluem o contato visual, o contato pele a pele, a voz da mãe e respectiva reação do bebê. O cheiro, ritmos de comunicação e de cuidados dispensados, assim como os hormônios maternos pelos contatos com o bebê, a regulação da temperatura, e a transferência de bactérias e anticorpos imunizados da mãe através do estreito contato entre os dois.

As mães parecem instintivamente acariciar seus bebês após o nascimento, segundo Leboyer (1975), a primeira massagem que o bebê recebe fora do útero é o



próprio nascimento se esse for de forma vaginal, depois disso, ela pode continuar massageando o seu bebê e, sem saber, levando a mielinização aos nervos e despertando os sentidos conforme já falamos anteriormente. O toque é sistema básico para formação de vínculo entre os humanos, que passam a sua vida inteira se relacionando com as pessoas através dos seus sentidos e os transforma em comunicação para a convivência no mundo.

Paralelamente, o contato visual é um dos sistemas de comunicação mais poderosos de que a mãe e o bebê dispõem. Segundo Szejer( 1999), os pais parecem incitados a participar dessa interação visual para com o seu bebê. Os estudos realizados por Klaus & Klaus (2000) nos mostram que o bebê humano tem uma excelente identificação com o rosto humano.

A interação visual no período pós-natal pode ser tão importante como qualquer outra, a capacidade visual do recém-nascido tem grande importância do ponto de vista adaptativo, apegando a mãe ao bebê, durante o contato corporal, o bebê é colocado face a face. A qualidade de interação possibilita retorno positivo através do contato visual da mãe com o bebê. Essa capacidade visual do bebê e insaciável desejo dos pais de admirar o recém-nascido fazem com que eles se aproximem e os ajudam a iniciar a longa aventura de aprenderem um sobre o outro.

A vocalização, como já falamos no capítulo anterior sobre a prosódia e o que o manhês, pode trazer benefício para a vida do bebê. Mc Clure (1979) em seus estudos aponta que desde o primeiro momento em que o bebê reagiu ao som, isso ocorre por volta do sétimo mês de gestação, ele já ouve a voz da mãe. O corpo dela se move no ritmo dos padrões da sua fala e, o tom de voz agudo, quando a mãe fala com ele é particularmente doce aos ouvidos do bebê. Essa capacidade da voz, à medida que é escutada e entendida pela criança desde os primeiros instantes, vincula-a desde então

para o resto da vida por duas ordens que se conjugam: seu corpo e a linguagem que ele veicula “*é o momento umbilical-e a humanidade, o conjunto daqueles que falam, a sociedade- é a nomeação*”. SZEJER (1999). Paralelamente Winnicott(1975), nos fala:

“A natureza, no entanto, decretou que os bebês não possam escolher suas mães. Eles simplesmente aparecem, e as mães têm o tempo necessário para se reorientar e para descobrir que, durante alguns meses, seu oriente não estará localizado a leste, mas sim no centro (ou será que um pouco fora do centro?)”.

(op. cit, 1971,p120)

A fala é uma transmissão simbólica atravessada por cada um de maneira particular. Quando os pais falam com o bebê, cada frase é começada antes do sujeito, na relação de cada um desses pais com essa frase começada, a criança nasce imersa nessa fala que traz em si uma cadeia de significantes (como falamos do *motherese*). São os símbolos maternos e paternos que incluem o filho numa linhagem cultural, é através da linguagem com essa bateria de significantes que se imprime, atravessa, sustenta e transcende o que antes parecia ser o filhote humano e o faz existir. Para nós psicomotricistas, o vínculo é parte singular da relação mãe e filho.

Após as novas descobertas sobre as capacidades dos bebês e suas necessidades, as unidades de tratamento intensivas não tiveram mais consciência tranqüila. Até então contava-se apenas com a estimulação sensorial do prematuro, como se ele estivesse aquém da linguagem; sabemos que o modo de falar, tocar, sentir e não simplesmente estar lá é o que faz a diferença no crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo e das suas marcas corporais. Bolwby explica que:

(...) “ O sorriso de um bebê atua como um disparador social, cujo resultado previsível é a mãe ou outra figura para quem o bebê sorriu responder de um modo carinhoso que prolonga a interação social entre eles e aumenta a probabilidade de que o comportamento maternal seja exibido no futuro... e que a função do sorriso de um bebê consiste em aumentar a interação entre



mãe e bebê e em mantê-los em mútua proximidade” ( Bowlby, 1984 pp 298-299)

Para Bowlby (op. cit), o vínculo é uma tendência natural para a busca da manutenção da proximidade entre mãe e filho que, para Lamego (2002), é desenrolado como um forte processo de estados subjetivos de potente emoção que sustenta a experiência desse vínculo com segurança. A essa arte de vivenciar a gama de sentimentos que envolve o vínculo é denominado de apego.

“Um traço do comportamento de apego, clinicamente de grande importância e sem considerar a idade do indivíduo em questão, é a intensidade da emoção que o acompanha, o tipo de emoção que surge de acordo com a qualidade da relação entre a pessoa apegada e a figura de apego. Se tudo vai bem, há a satisfação e um senso de segurança. Se a relação está ameaçada, existe ciúme, ansiedade e raiva. Se como uma ruptura, há a dor e a depressão” (Bowlby, 1989:19)

O processo de estabelecimento do apego pode ser observado muito precocemente através de alguns padrões de comportamento que contribuem para que esse fenômeno ocorra. Esses comportamentos são nomeados mediadores de apego e suas formas iniciais de apresentação são o sugar, chorar, sorrir, e seguir. (LAMEGO, 2002). Com o tempo, existe um refinamento desses padrões que se amalgam em sistemas comportamentais, onde o próprio bebê toma a iniciativa de procurar a interação dirigida a uma figura, especialmente a mãe. É fato que no bebê humano esses comportamentos existem desde o nascimento e considera-se que a consolidação do apego ocorre entre os seis e os nove meses de vida, apresentando-se com maior intensidade aos 2 e 3 anos. Bowlby (op cit), destaca que na perspectiva da teoria do apego, a interação mãe bebê é regulada por várias categorias de comportamento que possibilitam um certo equilíbrio a esta relação.

Zornig, Morsch e Almeida (2004) apontam para a necessidade de se pensar em como a situação da prematuridade pode ser traumática para os pais e para o bebê pela

própria descontinuidade temporal introduzida pelo parto antecipado. Segundo elas, este tipo de parto interrompe o processo de construção do bebê imaginário e confronta os pais com um bebê diferente daqueles que eles sonharam diante de uma situação onde a temporalidade é urgente e relacionada à sobrevivência do bebê e não à qualidade de seus cuidados.

Os pais são ambivalentes em relação aos seus bebês, independente do amor que lhes dedicam; são ambivalentes em relação ao desenvolvimento e aquisição de habilidades por parte dos filhos (...). Numa situação de doença ou fragilidade do bebê (ou de qualquer pessoa com quem tenham desenvolvido apego), isto se exacerba e facilmente se imagina que os sentimentos considerados agressivos, como, por exemplo, a raiva, tenham escapado ao controle e provocado esta situação

Morsch (2004,p 25)

Depositada em estado de parentalidade provisória, cabe à equipe não só cuidar do bebê, mas também oferecer um *holding* aos pais nesse momento de fragilidade egóica. Os pais são ambivalentes em relação à equipe, ora gratos pelo cuidado que seus membros dispensam ao bebê, ora furiosos pela quantidade de procedimentos aos quais o submetem. (DIUANA, 2005).

É possível fazê-los perceber que apesar da apreensão, a UTI pode ser vista como um espaço para a construção do vínculo, já que ali se encontra a chance da família se reajustar em um momento onde tudo parece inconstante.

Nesse sentido, a presença da família é fundamental, pois resgata a transgeracionalidade dos pais e permite que eles insiram o bebê dentro dela.

A possibilidade de a equipe acolher e investir também na família para que eles se sintam capazes de cuidar do seu filho, redimensiona o olhar para o ambiente intensivo, que passa a ser visto não como intimidador, mas como um espaço enriquecedor das possibilidades.



### 3.1 Ícones fortalecedores do vínculo entre mãe e filho:

Winnicot (1986) nos traz uma visão que aponta para a importância de um meio ambiente suficientemente bom, ou seja, um ambiente acolhedor, capaz de adaptar-se ativa e sensivelmente às necessidades da criança. Esse ambiente precisa se configurar como uma atmosfera, não só como fonte de estímulos para o seu desenvolvimento global, mas também como fornecedor de segurança frente as dificuldades, conflitos e ansiedades com a vida.

Paralelamente a tudo isso, se desenvolve o processo de identificação entre mãe-bebê que é proporcionado, segundo Lamego (2002), por um estado especial da mãe, uma condição psicológica denominada por Winnicot como *preocupação materna primária* que se caracteriza por um estado de sensibilidade aumentada gradativamente, durante a gestação, apresentando-se de forma mais intensa no final da gravidez e nas primeiras semanas após o nascimento do bebê.

Winnicot (1971) nos situa que é este o estado que permite à mãe se sentir no lugar do bebê, um aspecto fusional, voltando-se intensamente para ele e adaptar-se as suas necessidades de forma sensível, delicada e ativa. O desenvolvimento da vivência fusional ocorre desde antes do nascimento, quando por volta do quarto mês de vida intra-uterina inicia-se a constituição do sistema nervoso do bebê. (LAPIERRE, 2002).

Outra dimensão para cimentar a relação mãe-bebê na Uti neonatal é o aconchego, a capacidade do recém nascido aninhar-se, abandonar-se nos braços do adulto. Para que toda essa dinâmica ocorra, é necessária uma gama de arquétipos que facilitem a mãe ter qualidades básicas e indispensáveis para exercer o papel de *mãe suficientemente boa*.

É notório que existe uma relação estreita entre a simbiose das mulheres que têm filhos prematuros e que necessitam de cuidados na UTI neonatal e a preocupação

emocional que elas vivenciam com o medo da piora da clínica do seu bebê e o medo de sua morte. Aos poucos, ela fica emocionalmente saudável e tende a recuperar-se dessa condição. (LAMEGO, 2002).

Algumas funções principais da mãe suficientemente boa se destacam como aspectos complementares que Winnicot (2000) denomina como *ambiente suficientemente bom*:

(...) é o que permite e favorece a expressão de intenções e de estados afetivos. Incide, ainda, sobre todas as formas de relação interpessoal, regulando a interação e propiciando o contraste de atitudes e personalidades individuais. (Lamego- Ibidem Ramos Trinta e Rector-1990)

D.Stern (1999) afirma que o outro é, para o lactente, um “*outro regulador de si*” e é através dele que a criança constrói sua subjetividade. O autor utiliza o exemplo do jogo de esconde-esconde para ilustrar a excitação proveniente desta brincadeira que ocorre no bebê. Refere que este estado de sentimento jamais poderia ser alcançado nesta idade apenas pelo bebê, sendo importante como um fenômeno “nós” ou “eu/outro”, como uma experiência de integração mútua. É neste sentido que para Stern o outro regula a auto-experiência do bebê.

Diwana (2005) nos fala que o nascimento psíquico de um sujeito tem como entorno a organização psíquica daquele que representará seu outro primordial e deste sofre influências. Melgaço (2004) em seu texto “Separação ou sacrifício” coloca que “*quando estamos diante de um bebê, em seu berço psíquico, ali também encontramos seus pais, estejam eles presentes ou ausentes na função que lhes é reservada no momento em que um filho é gerado*” (p.83).

Em “O bebê, o corpo e a linguagem” Bernard Golse (2004) afirma que “*o bebê chega a um mundo novo onde já há, antes dele, linguagem e pensamento*” (p.16). Diwana (2005) acrescenta que para que o bebê se aproprie desta linguagem e



pensamento que o precedem, ele precisa de seu corpo, de seu ambiente e de uma inscrição em uma história que se faz crescente a cada dia através do discurso parental. Ainda Golse, coloca que há entre o adulto e o bebê um “espaço de narrativa”, onde o corpo e o comportamento do bebê “contam” algo de sua história interativa precoce e onde os adultos revivem a criança que foram que temem ou que crêem terem sido. A partir desta relação constrói-se uma nova história onde “o corpo do bebê é o principal narrador, o principal recitante” (p.35).

O apego que emerge nos três primeiros anos de vida, continuará a caracterizar a relação figura de apego-criança, mas de forma mais madura. (FERRARIS, 2007). Toda essa produção de signos, que constitui a linguagem não verbal do bebê, permite a ela uma plantação corporal carregada de significação, na medida em que todo ser humano se encontra imerso em um contexto cultural que afetará seus laços e formas de interação social. (LAMEGO, 2005).

O meio ambiente da UTI neonatal nem sempre fornece oportunidades para a manutenção de posturas mais flexoras e estímulo para atividade da linha média (mão-mão, mão-face), a contenção pode ser insuficiente e as oportunidades poucas. Existem estímulos gustativos e olfativos desprazerosos; o manuseio é freqüente (incluindo diversos procedimentos dolorosos); os períodos prolongados de sono são poucos e as manobras para diminuir a dor, consolar nem sempre estão presentes. Geralmente, o manuseio é determinado pela conveniência do *staff* ou pela rotina da UTI, sem nenhum aviso prévio, ou respeito de algum tipo de ritmo. Portanto, muito poucos procedimentos são realizados de forma contingente, isto é, iniciados quando o bebê demonstra prontidão e modulado por seus sinais, de forma a manter os estímulos dentro do limite de tolerância fisiológica e comportamental.

Nesse ambiente desprovido de estimulação positiva, o que podemos fazer para fornecer condições para a melhor qualidade de vida do bebê durante o tempo de internação para a otimização do desenvolvimento das aquisições do bebê? Podemos ajudar aos pais a fazer parte da rotina dos cuidados.

Como já citamos anteriormente, é Direito de toda a criança esse acompanhamento pelos pais. Acreditamos, enquanto psicomotricistas, profissionais que visam o desenvolvimento de forma global, que se ajudarmos aos pais a compreenderem os *estados comportamentais* do seu bebê e auxiliarmos com a manutenção de posturas, explicando-lhes de forma simples, e se necessário com auxílio de material lúdico como um boneco equipado dentro de uma incubadora artificial feita pela equipe e lhes dando possibilidades corporais funcionais, esses bebês terão maiores chances de um bom desenvolvimento de sua Imagem e Esquema corporal.

É fato que esse bebê dentro dessa perspectiva de internação, tem o desenvolvimento da sua imagem e esquema corporal seguindo traços distintos, porém complementares e de fundamental importância para a vida da relação do indivíduo. Falaremos da abordagem de Dolto (1984) e de como ela estabelece essas diferenças em relação aos dois termos: Imagem e Esquema Corporal.

Estruturado a partir da experiência e da aprendizagem, o esquema corporal veicula uma representação semelhante dos indivíduos entre si num determinado tempo/espço. Já a imagem do corpo é peculiar a cada indivíduo, estando ligada ao sujeito e à sua história. (LAMEGO & MACIEL, 2002, p.88).

É formado, a partir da comunicação entre os sujeitos da memória inconsciente e de todo o vivido relacional da pessoa. Já o esquema corporal pode ser falado como um intérprete da imagem do corpo, na medida em que permite a objetivação daquilo que é aprendido como sujeito( op cit).



O desenvolvimento de uma criança é o resultado da interação de seu corpo primeiramente com o outro, onde se estabelece ligação afetiva e emocional com objetos de seu meio e com o mundo. Nesse caminho, o relacionar-se com o bebê pelas vias sensoriais, afetivas e da linguagem, constitui um aspecto essencial à união harmônica da estruturação corporal e do relacionar-se social, conforme falamos no capítulo anterior sobre as prosódias e manhês. É a partir da comunicação, da linguagem e dessas trocas que a mãe faz com a criança que haverá possibilidades de produzir significados sobre as experiências vividas, a partir daí que a imagem do corpo e esquema corporal podem se estruturar e estabelecer ligação.

Existem funções fundamentais da mãe suficientemente boa ou seu substituto, no caso um cuidador, que podem ser destacadas como aspectos integrantes daquilo que se denomina ambiente suficientemente bom: o segurar; o tocar e apresentação dos objetos. Falaremos de cada um deles a partir da visão da psicomotricidade.(LAMEGO e MACIEL, 2002)

- O segurar: É denominado como *holdin*. Está relacionado com a capacidade de identificação da mãe com o seu bebê. Considerando-se esse um segurar satisfatório, demonstra especial importância nas fases iniciais do desenvolvimento do bebê, pois o aspecto é caracterizado como de uma extrema fragilidade, uma das ansiedades mais inconcebíveis e básicas da infância, que pode ser evitada através dos cuidados que todos os bebês recebem de um ser humano adulto “Através do *holding* torna-se possível o desenrolar do processo de integração psíquica do bebê, que irá permitir a demarcação dos mundos entre o mundo externo e interno” (Winnicott, 1965 p71).

A integração está relacionada com elementos motores e sensoriais, sendo necessário considerar a existência de uma elaboração imaginária, mesmo que primitiva,

que se desenvolve a partir das experiências pessoais, dando início a vida somática individual. Winnicot(1996), afirma que:

Todas as partículas e fragmentos que vão constituir aquilo que passamos a conhecer como este bebê específico começam a congregarem-se em determinados períodos, de tal forma que há momentos em que o bebê é uma unidade, embora naturalmente, uma unidade muitíssimo dependente. (op. cit: p.8)

Para sustentar adequadamente o ideal de uma *mãe suficientemente boa*, os autores Lamego & Maciel (2002), afirmam que as condições fornecedoras para uma boa integração são aquelas que permitem uma proteção do ego primitivo do bebê contra as angústias inconcebíveis, de onde decorrerá o processo de personalização na criança. Segundo os mesmos autores, as falhas consecutivas nesse processo podem provocar fragmentação da existência que podem constituir a base das psicopatologias.

Quando a mãe que está envolvida no *holding*, ou seja, a mãe que está envolvida emocionalmente pelo segurar, uma habilidade que as mães têm instintivamente, naturalmente como um senso de responsabilidade, a maneira como a mãe segura o bebê, como está usando o seu tônus para acalantar ou amamentar, ou pelo “simples” segurar, é fundamental para sabermos como ela está nessa relação com o bebê e o espaço para si próprias no qual ela pode iniciar com o seu bebê, uma base sólida para a vida.

O bebê situado no espaço torna-se pronto, com o passar do tempo, para executar o movimento que o surpreende o mundo, e o bebê que assim descobriu o mundo se torna, no devido tempo, preparado para receber com alegria as surpresas que o mundo contém. (WINNICOT, 1996, p.17)

O espaço que nos interessa em psicomotricidade, é sempre o humano, pelas palavras de Santos (1996), é atravessado pela singularidade de cada um, permeadas por um tempo que é vivido de forma desigual. Então, o papel daquele que acompanha o duo mãe-bebê torna-se fundamental, pois quando se trata de hospitalização, cada bebê passa



a se relacionar com esse espaço de forma muito singular. Winnicot referencia o toque nessa relação da seguinte forma:

- O tocar: *handling* para Winnicot (1996) é o manuseio e manipulação com o bebê, assim como os seus deslocamentos no tempo e no espaço. O tocar é responsável por propiciar a personalização. A maneira como um bebê é manuseado na UTI, por conta dos diversos procedimentos aos quais é submetido, pode influenciar em seu desenvolvimento. Um toque desajeitado e a manipulação intensa e invasiva do corpo podem atuar contra o desenvolvimento do tônus e a capacidade da criança de se relacionar com prazer na experiência funcional de seu corpo.

Do ponto de vista dessa ótica de humanização, podemos considerar o bebê e sua mãe nessa relação dual como uma forma fundamental de vínculo. Isto pode ocorrer, por um toque, uma voz, algo que dê ao bebê alguma possibilidade de reconhecimento de si. Essa experiência, só se torna possível para o bebê se o investimento materno se permanecer sustentado na prontidão de *holding*.

## Considerações Finais

Para o bebê, não basta apenas estar ali, imerso de cuidados para com suas necessidades vitais, é necessário entendê-lo e tratá-lo como indivíduo que é, através de pistas e sinais que em seu corpo ele manifesta. Sabemos agora que o bebê que nasce prematuramente não é um ser sensível ou tão imaturo que seu sistema sensorial não lhe permita sentir o mundo a sua volta longe do ventre de sua mãe.

A interação corporal entre mãe/ bebê, o diálogo tônico, o vínculo que é criado dessa relação, e o brincar espontâneo, tornam-se possibilidades no auxílio do bebê hospitalizado na condição de restaurar o seu desenvolvimento global pela atenção que se é prestada ao indivíduo, o bebê.

Através da atenção, o olhar do psicomotricista sobre os pais durante e após a hospitalização é de suma importância. Assim como, após esse período, o acompanhamento dessas crianças que passaram longo período de seu desenvolvimento fora do aconchego imediato da mãe faz-se necessário para certifica-se de suas evoluções motora, psicomotora e cognitiva, não só para caráter terapêutico, mas fundamentalmente preventivo.

Nesse sentido, a psicomotricidade se apresenta como uma área possível de compreensão e abordagem para o lidar com os bebês de risco no ambiente hospitalar, buscando um ajustamento às necessidades da criança, proporcionando as possibilidades de investimento na vida e de todas as suas relações.

No presente estudo, iniciamos um espaço para pensar e sentir a relação do médico que acompanha o bebê internado e as implicações dos seus cuidados que estão para além da prematuridade, comorbidades, doenças específicas e da clínica do bebê. Pensamos em medicina como uma ciência que se depara com o sofrimento alheio e



marca em seus profissionais a intimidade com a doença e pouco com a manifestação psíquica delas em sua formação acadêmica e profissional.

Contemporaneamente, a relação médico-paciente tem sido focalizada como um aspecto-chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e desdobra-se em diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação.

Ao tratar da saúde partimos para uma peregrinação de repensar a atuação da medicina dentro de várias perspectivas no âmbito da saúde. *Caprara e Franco(1999)* citam Gadamer (1994) como uma referência ao pensamento hermenêutico que destaca as possibilidades dos atributos da prática do médico na produção da saúde, profissão que há muito é definida como ciência e arte de curar.

Para Gadamer a reflexão sobre a humanização da medicina, em especial da relação do médico com o paciente, gera o reconhecimento da necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento do paciente. Trata-se de uma proposta que envolva a relação do médico com o cliente a ser assistido pelo seu trabalho por uma ótica que aspira pelo nascimento de uma nova imagem profissional, implicado pela promoção da saúde, ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social, e não somente de um ponto de vista biológico (CAPRARA e FRANCO, op.cit)

No contexto da hospitalização, a relação do médico com o paciente se torna mais íntima quando o objetivo é não somente a cura, como também a avaliação diária do prognóstico do bebê. Atender um bebê extremamente prematuro é uma responsabilidade que é transportada de consternação por saber que a dor não é mais vista como atividade subclínica e esses pequeninos são hipersensíveis aos estímulos dolorosos e, sem possibilidade de instalar um “sistema de para-excitação”, se tornam crianças suspensas entre a vida e a morte. (MATHELIN, 1999)

É bastante notório que as equipes médicas estão implicadas com os riscos iatrogênicos dos diversos tratamentos intensivos aos quais o bebê precisa passar para a manutenção da sua vida, mas toda essa existência de aparato tecnológico que pode causar danos neuropsíquicos no lactente deve ser questionada pela equipe nas suas intervenções na evolução ulterior do bebê. (MATHELIN, 1999)

Para o bebê prematuro a unidade hospitalar vira referência para a localização de assistência a sua vida. É nesse novo ambiente que a família imagina e concretiza todas as denominações da imagem do bebê que ali está sendo cuidado.

Diuana (2005) cita Rabello (2004) que atenta para o fato de que dentro de uma UTI somos reenviados a todo o momento à dura realidade de que não somos imortais. Neste espaço, onde o perigo de morte é eminente, *“a vida pode nos escapar a qualquer instante”* (p.179). Dentro de uma UTI o tempo é urgente e a equipe precisa pelear todo planejamento, que solicita requisitos essenciais ao trabalho para a manutenção da vida do bebê.

Falar de prematuridade é falar da globalidade que envolve a linguagem não verbal do bebê. Esses signos são fundamentalmente comunicativos através da maneira como significam a relação das suas demandas corporais com o cotidiano, com os outros e o mundo. (SANTA ROSA, 1997)

Nesse sentido, faz-se necessária uma mudança de perfil no lidar do médico com os bebês a respeito da informação dos procedimentos a serem realizados com o bebê. Não há mais absolvição para o profissional que não compreende que o bebê tem um aparato psíquico funcional e que ficam marcadas para sempre todas as manifestações da sua infância.



Nesse trabalho, pudemos demonstrar que é necessário transformar a atenção e os cuidados com o bebê em situação de hospitalização com um olhar diferenciado, olhar esse que transcende a perspectiva da prematuridade.

## Referências Bibliográficas

ALVES, Rubem. **Educação dos Sentidos e Mais...** Versus Editora, São Paulo. 2005

ARAGÃO, R.O (ORG). **O bebê, o corpo e a linguagem.** Casa do Psicólogo livraria e ed.ltda, 2004.

ARAÚJO, M. **Avaliação clínico-Neurológica de Recém- Nascidos Subnutridos e Normais e seu Desenvolvimento.** São Paulo: Atheneu, 2001  
157p

BRAZELTON, T. **As Primeiras Relações.** 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990, 266p.

\_\_\_\_\_. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação.**  
Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BRAZELTON, T. B.; BRAZELTON, T. B., CRAMER, B. G. **As Primeiras Relações.** São Paulo: Martins Fontes, 1992

BOWLBY, J. **Apego.** São Paulo: Martins Fontes; 2002

\_\_\_\_\_. **Formação e Rompimento dos laços afetivos.** Tradução:Álvaro Cabral.3ª ed.São Paulo: Martins Fontes,2002

CAPRARA, A e LINS, A e FRANCO, A. **A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica.** Cad. Saúde Pública vol.15 n.3 Rio de Janeiro July/Sept. 1999. Pesquisa realizada no dia 29/08/07

CHALITA, G. **A pedagogia do Amor.** Versus Editora, São Paulo. 2006

DIAS, M. **A aventura do vir a ser: uma experiência em UTI Neonatal in O bebê, o corpo e a linguagem.** Aragão, R.O (org). Casa do psicólogo. SP, 2004.

DIUANA, M. **O sonho de ter um filho.** Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da PUC no ano de 2005.



DRUON, C. **Os modos de expressão dos bebês em um serviço de medicina neonatal** in *A linguagem dos bebês*. Busnel, M.C, Ed. Escuta, SP.

GRENET, F. **Os meios de comunicação dos prematuros** in *A linguagem dos bebês*. Busnel, M.C, Ed. Escuta, SP, 1997.

\_\_\_\_\_ **As formas de comunicação do recém nascido prematuro**. Em M. C. Busnel (Org.), *A linguagem dos bebês, sabemos escutá-los?* (pp. 111-135). São Paulo: ed: Casa do Psicólogo.

GOLSE, B.; BYDLOWSKI, M. **Da transparência psíquica à preocupação materna primária: uma via de objetalização**. In: **Novos olhares sobre a gestação e a criança até os três anos**. Brasília: LGE, 2002.

\_\_\_\_\_ **“ O bebê, seu corpo e sua psique: explorações e promessas de um novo mundo (apego, psicanálise e psiquiatria perinatal)**. In: **O bebê, o corpo e a linguagem**. Brasília: LGE, 2002

JERUSALINKY, A . **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988, 205 p.

KLAUS & KLAUS, M. P. **Seu Surpreendente Recém- Nascido**. Porto Alegre: Artmed, 2001. 99p

LACERDA, E. & SILVA, O. **Educação Psicomotora com crianças de 0 a 3 anos**. Rio de janeiro, Lovise, 2000.

LAMEGO, D. **O bebê hospitalizado e sua linguagem: a dimensão não verbal da comunicação**. Tese de mestrado apresentada ao Curso de Saúde da Criança pelo Instituto Fiocruz, 2000.

LAMEGO, D. & MACIEL, M. **Bebês hospitalizados: uma reflexão sobre o corpo, o espaço e o tempo**. **Imagem e esquema Corporal**, Rio de janeiro, Lovise, 2002. p 88-91

LAPIERRE, A. A criança de 0 a 3 anos. **Psicomotricidade Relacioanal e formação da Personalidade**. 2ed . Curitiba, Ed da UFFR, 2002.

LEBOYER, F. **Nascer sorrindo**, Editora brasiliense, São Paulo, 1974.

MATHELIN, C. **O sorriso da Gioconda**, Companhia de Freud Editora, Rio de janeiro, 1999.

MELGAÇO, R.G. **Separação ou sacrifício**. In: O bebê, o corpo e a linguagem. Cap.5, p.83-90.

MOREIRA, M.; BRAGA, N; MORSCH, D. **Quando a vida começa diferente**. Ed. Fiocruz. Rj, 2003

McCLURE, V. **Massagem Infantil, um guia para pais carinhosos**. 2. ed. Rio de janeiro: Record, 1989, 211p.

MONTAGU, A. Toçar. **O Significado humano da Pele**. 5 ed. São Paulo: Summus, 1975. 103-143.p.

RAMOS, M. NIDCAP® **Uma realidade possível... revista nº 54 - Maio 2004**. [www.sinaisvitais.pt/index.com](http://www.sinaisvitais.pt/index.com). Pesquisa realizada no dia 28/05/2007.

NUNES, R. **As capacidades do Recém-nascido**\_ apostila cedida do curso Avaliação e Intervenção Neonatal.mimeo, 2002.1-25.p.

\_\_\_\_\_ **Conhecendo o bebê de baixo peso**.\_apostila cedida do curso Avaliação e Intervenção Neonatal, mimeo, 2002.1-15.p.

\_\_\_\_\_ **O ambiente da UTI neonatal**\_ apostila cedida do curso. Avaliação e Intervenção Neonatal, mimeo, 2002. 1-12.p.

\_\_\_\_\_ **Teoria Síncrono Ativa**. Als, Hidelise\_ apostila cedida do curso Avaliação e Intervenção Neonatal, mimeo, 2002. 5-25.p.

\_\_\_\_\_ **Estados comportamentais**\_ apostila cedida do curso Avaliação e Intervenção Neonatal, mimeo, 2002. 4-12.p.



SABOYA, B. **Bases Psicomotoras: aspectos neuropsicomotores e relacionais no primeiro ano de vida.** Rio de Janeiro: Trainel, 1995.

SANTA ROSA, **Quando brincar é dizer. A experiência psicanalítica na infância.** Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, 1999.

SILVA, M. **O bebê de risco- Quem é ele? A psicomotricidade em uma unidade materno infantil. Psicomotricidade Clínica,** Rio de Janeiro, Lovise, 2001. p 191-202.

STERN, D. **O mundo interpessoal do bebê.** Artes Médicas, Porto Alegre 1992.

SOULÉ, M & BORIS, C. **A inteligência anterior à palavra- novos enfoques sobre o bebê.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. p 101

SZEJER, M. **Palavras para nascer. A escuta psicanalítica na maternidade.** Tradução de Claudia Berliner. SP: Casa do Psicólogo, 1999.

TROTTA, E. E – **A fase oral na abordagem reichiana in Revista da sociedade Wilhelm Reich-v.1,n.1(dez.1997).** Porto Alegre: Sociedade Wilhelm Reich IRS, 1997

WINNICOT, D(2000) **O ambiente e os processos de maturação.** Porto Alegre: Ed.Artes Médicas, 1982

\_\_\_\_\_ **Natureza Humana.** Rio de Janeiro, Ed.Âmago. 1990.

\_\_\_\_\_ **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes, 1996.