

Maria de Fátima Prudente de Aquino

**O FONOAUDIÓLOGO COMO FACILITADOR
DA RELAÇÃO
MÃE – BEBÊ DE ALTO RISCO**

**Dissertação apresentada à Banca
examinadora da Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo, como exigência
parcial para obtenção do título de Mestre
em Fonoaudiologia, sob a orientação da
Profª Drª Maria Consuelo Passos**

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
São Paulo/SP
2005**

Aquino, Maria de Fátima Prudente de
**O Fonoaudiólogo como facilitador da relação mãe-bebê
de alto risco/** Maria de Fátima Prudente de Aquino - -São
Paulo, 2005.
ix, 94 f.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de
São Paulo. Programa de Pós – Graduação em Fonoaudiologia.

Título em inglês: The speech therapist as facilitator element of
relationship between mother and baby of high risk.

1. mediação 2. mãe e bebê 3. Fonoaudiologia

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA**

COORDENADORA DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO:

Dra. Beatriz Cavalcanti de Albuquerque Caiuby Novaes

Maria de Fátima Prudente de Aquino

**O FONOAUDIÓLOGO COMO FACILITADOR
DA RELAÇÃO
MÃE – BEBÊ DE ALTO RISCO**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Consuêlo Passos

Profa. Dra. Maria Valéria Pelozzi Hossepian Salles Lima

Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza

Aprovada em: _____ / _____ / _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às mães participantes desta pesquisa, porque se disponibilizaram num momento tão difícil e delicado de suas vidas, na esperança de que nós, fonoaudiólogos, as compreendêssemos um pouco mais, face ao universo da prematuridade.

Dedico-o também aos bebês prematuros ainda por nascer...

... porque um filho muda tudo!

AGRADECIMENTOS

Mãe, apesar das poucas oportunidades que teve para estudar, a senhora sempre me incentivou neste sentido. Por isso, a conquista do Mestrado é também sua conquista.

Teresa, minha querida irmã, sua perseverança foi um exemplo a todo momento.

Tadeu, Priscilla e Fernanda, vocês me incentivaram e também suportaram minhas ausências em função da dedicação aos estudos.

Minha amiga Priscila Lima, obrigada pelo carinho, acolhimento em sua casa, auxílio às traduções e por nossas discussões frutíferas, na PUC, no metrô, no ônibus... sempre.

Professores do Programa de Pós-Graduação da PUC-SP, o discernimento sobre a Fonoaudiologia e incentivo aos alunos para engrandecê-la, foram imprescindíveis para a gestação e nascimento deste trabalho.

Querida Profa. Dra. Teresa Momensohn, obrigada por partilhar comigo e com outros alunos, as dificuldades que vivera para construir a Fonoaudiologia. Você me garantiu que eu “sobreviveria” às intempéries próprias do percurso difícil e gratificante do Mestrado, e eu realmente sobrevivi.

Marli, secretária do Programa de Pós-Graduação. Nunca conheci uma pessoa tão disponível, atenciosa e sorridente como você, sempre acessível aos alunos, principalmente nos momentos mais conturbados. Muito obrigada por tudo.

Profa. Dra. Zelita Ferreira Guedes, fonoaudióloga competente, amiga há tantos anos, presente em diversos momentos de minha jornada profissional. Obrigada por suas considerações na pré-qualificação e por ser tão especial.

Profa. Dra. Maria Consuêlo Passos, minha orientadora. A você que ofereceu-me silêncio e fala equilibrados, que ajudou-me a trilhar diversos caminhos em busca da consecução do objetivo, meu muito obrigada. Você conheceu-me o suficiente para saber que a obtenção deste título era prioridade, e que meu desejo de contribuir para o crescimento da Fonoaudiologia era ainda mais intenso.

Direção Administrativa e Técnica do Hospital das Clínicas “Samuel Libânio”, de Pouso Alegre/MG, nas pessoas Maria Donizete Silva e Dr. Flávio Galvão. Sem a concordância de vocês este trabalho não teria sido construído.

Dr. Fernando Rios Fonseca, coordenador da UTI Neonatal e Pediátrica. Por reconhecer e valorizar a atuação fonoaudiológica, você concordou com a realização desta pesquisa. Obrigada.

Equipe Médica, de Enfermagem e de Fisioterapia, obrigada pelo conhecimento compartilhado diariamente, e por me escutarem quando eu dizia que “sem mãe não há bebê”.

Maria Nilza e Regina, vocês são pessoas amorosas, lutadoras e incentivadoras do meu percurso profissional na UTI Neonatal e Pediátrica. Obrigada pela disponibilidade e pelo carinho que sempre me ofereceram.

A CAPES, pela concessão da bolsa de estudos, sem a qual seria impossível desenvolver esta pesquisa.

Sumário

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Resumo.....	x
Abstract.....	xi
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. O BEBE PRÉ-TERMO.....	5
2.1 Definição e caracterização.....	5
2.1.1 Condição clínica do bebê pré-termo.....	6
2.1.2 Padrão postural e aparência do bebê pré-termo.....	7
2.1.3 Comportamento do bebê pré-termo frente ao ambiente e à estimulação parental.....	8
2.1.3.1 Reação ao ambiente.....	8
2.1.3.2 Reação à estimulação parental.....	10
2.2 Reação parental ao nascimento do bebê pré-termo.....	11
3. A UTI E AS AÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS.....	15
3.1 Contextualizando o ambiente da pesquisa.....	15
3.2 A atuação fonoaudiológica na UTI do H.C.S.L.....	16
3.2.1 Alimentação: a técnica ajustada ao bebê pré-termo.....	16
3.2.2 Ações globais convergentes ao bebê.....	20
3.2.3 Cuidados com a audição dos bebês.....	22
3.2.3.1 O controle sobre o ruído ambiental.....	22
3.2.3.2 Levantamento de indicadores de risco para perdas auditivas.....	22
3.2.4. Ações fonoaudiológicas junto às famílias dos bebês pré-termo.....	23
4. O AMADURECIMENTO PSÍQUICO DO BEBÊ: CONDIÇÕES PARA EMERGÊNCIA DE SUA LINGUAGEM.....	25
4.1 Nascimento físico e psíquico do bebê.....	25
4.2 A sensorialidade que une mãe e filho: a semântica afetiva.....	32
4.2.1 O gesto vocal do bebê: do interjogo à linguagem oral.....	34
5. MÉTODO.....	36

6. EM CENA: AS MÃES E OS BEBÊS.....	38
6.1 A história de Eva e José.....	38
6.1.1 Em busca do filho.....	52
6.2 A história de Cris e Léo.....	54
6.2.1 O encontro de Cris e Léo.....	70
7. CONCLUSÃO.....	72
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80

Resumo

Este trabalho propõe que o fonoaudiólogo se insira como elemento facilitador da relação mãe-bebê de alto risco, porque o envolvimento sensorial é imprescindível para o desenvolvimento psíquico do bebê e emergência de sua linguagem oral. Esta proposta surgiu a partir da constatação de que muitas mães de recém-nascidos prematuros, internados na UTI Neonatal e Pediátrica do Hospital das Clínicas “Samuel Libânio”, de Pouso Alegre/MG, não conseguiam identificar a expressão corporal dos filhos e, inclusive, envolver-se sensorialmente com eles durante a evolução clínica e a capacitação dos bebês para alimentação oral exclusiva. O objetivo deste trabalho é estudar a mediação fonoaudiológica como uma forma de intervenção facilitadora da relação mãe-bebê de alto risco, através do uso dos recursos técnicos fonoaudiológicos voltados para os cuidados neonatais, e do acolhimento à mãe em suas angústias e receios. Os recursos técnicos utilizados nesta pesquisa foram: o posicionamento correto do bebê; o oferecimento de estímulos odoríferos e gustativos, a eliciação de reflexos de alimentação e de defesa, Sucção Nutritiva através de técnica sonda-dedo, a Sucção-Não-Nutritiva, oferecimento do toque prazeroso, abertura suave da portinhola da incubadora e o controle de luminosidade, através do uso do *black*. Ao longo da pesquisa ficou evidente que a mediação fonoaudiológica fortalece a confiança da mãe em si e em sua capacidade de se disponibilizar ao filho e reconhecê-lo como objeto de amor que demanda seus cuidados, repercutindo no envolvimento sensorial oferecido por ela. Os recursos técnicos, neste contexto, aproximam mãe-bebê e contribuem para que a mãe tenha interesse e participe do trabalho fonoaudiológico de assistência à alimentação e de cuidados quanto à audição.

Abstract

This study proposes that the speech therapist be a facilitator element of relationship between mother and baby of high risk, because sensorial involvement is indispensable for the psychical development of the baby and to the emergence of his oral language. The proposal of this study appeared since the evidence that many mothers of premature newborn babies in Newborn and Pediatric Intensive Treatment Unit of “Hospital das Clínicas Samuel Libânio de Pouso Alegre/MG”, were not able to identify corporal expression of their children and did not achieved the sensorial involvement during clinical evolution and qualification of babies to exclusive oral alimentation. In this manner, the proposal of this work is the investigation of mediation as a tool of facilitator intervention of the relationship mother and baby of high risk through technical instruments relationed with newborn care, and the shelter of mother with her anguishes and fears. The technicals tools used in this study were: the correct position of the baby; offering of smell and taste stimulus, the elicitation of alimentation and defense reflections, Nutritive Suction through sounding lead-finger technique; the No Nutritive Suction, the offering of pleasant touch, gentle opening of incubator porthole and the luminosity control through black using. Along the study it was evident that the speech therapy mediation fortifies the trust of mother in herself, and in an ability to become available to her child and recognize him as a love object that demands care, reflecting in the sensorial involvement offered by her. The technical instruments, in this context, become near mother and baby and contribute to the mother’s interest and her participation in the work of assistance the babies alimentation and cares relationed with hearing.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

1. INTRODUÇÃO

A atuação fonoaudiológica nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) teve seu início na década de 80 (Andrade, 1996). Desde então, os profissionais que atuam neste ambiente têm desenvolvido ações direcionadas aos bebês de alto risco, no que se refere às questões de alimentação, prevenção e minimização dos riscos para problemas auditivos.

No estado de Minas Gerais, particularmente no sul, o governo tem incentivado a implantação de mais UTIN, onde uma delas foi instalada no Hospital das Clínicas de Pouso Alegre/MG em junho de 2002. Desenvolvendo um trabalho como fonoaudióloga ambulatorial desde 1996, recebi um convite a ser membro da equipe como voluntária, desde setembro de 2002. Ao dar início aos trabalhos profissionais, tomei algumas prioridades junto a chefia da UTIN para o bom andamento e melhoria para toda a equipe presente: mudança do horário de visita, para que coincidissem com o horário da alimentação dos bebês a fim de incentivar a presença e o acompanhamento dos pais, no trabalho fonoaudiológico de capacitação dos bebês à alimentação por via oral.

Com este propósito, convido os pais a participarem de todo processo de intervenção fonoaudiológica. O diálogo é essencial com os pais sobre os objetivos e a finalidade da intervenção sensório-motora-oral. Explico e mostro quais as formas de expressão corporal de seus bebês, deixando claro todo planejamento de trabalho. Procuro envolvê-los no compromisso de diminuir/evitar ruídos ambientais, como aqueles gerados pela abertura e fechamento abrupto das portinholas da incubadora. Coloco-me à disposição, inclusive, para ouvir as mães em seus receios, quando espontaneamente falam sobre o assunto.

Sempre parti do pressuposto de que, ao acompanharem todo trabalho, as mães também acompanhariam a evolução dos bebês, por terem conhecido as formas de expressão corporal de seus filhos. Entretanto, observei que ao longo da evolução clínica e durante a habilitação do bebê para alimentação por via oral, muitas mães não conseguiam identificar a expressão corporal dos filhos. Observei também que a dificuldade materna ia além disso, e questionava-me incessantemente sobre a

dificuldade de algumas mães para olhar seu bebê, tocá-lo, falar com e por ele, enfim, aproximar-se, envolver-se corporal e vocalmente.

Frente às dificuldades maternas, como conseguiria que as mães se interessassem e realmente participassem do trabalho de assistência à alimentação? Como esperar que elas se disponibilizassem ao bebê, se antes não os reconhecia como filhos?

Nesse contexto, as ações fonoaudiológicas se revelaram insuficientes. Assim, preocupada para além das questões alimentares e auditivas, tentei descobrir uma forma de ajudar na aproximação, senão no enlaçamento mãe-bebê.

Sabemos que a mãe é essencial para a sobrevivência e o desenvolvimento do bebê. Em geral, ela é a melhor pessoa para cuidar dele, pois é a única capaz de se dedicar por completo, de entender suas necessidades e adaptar-se a elas, quando reconhece o bebê como filho. Este reconhecimento favorece o envolvimento sensorial entre a mãe e o filho, caracterizado pelo toque, pelo olhar, pelo cheiro e voz, e se constitui num ambiente de facilitação para o desenvolvimento emocional do bebê, que é a integração do “*self*”, e assim, o alcance da noção de sua própria existência (EU) e da existência do outro (Não-EU). O envolvimento sensorial, além de contribuir para a diferenciação do bebê como Ser de existência própria, é uma linguagem afetiva imprescindível para a emergência da linguagem vocal e oral (Winnicott, 1988; 1975 b; 1990 b; 2002; Dolto, 1996), foco de interesse da Fonoaudiologia. Linguagem é compreendida, neste contexto, como uma importante expressão do “*self*”, o qual é vitalizado pela mãe que reconhece e acolhe seu bebê como filho.

Entretanto, o nascimento prematuro é um momento muito conturbado, que mobiliza emocionalmente os pais por gerar sentimentos como tristeza, desamparo, medo e frustração (Gomes, 1992; Lima, Meniconi e Pedromônico, 1995; Feijó, 1998). Tais condições podem dificultar tanto no acolhimento quanto ao reconhecimento do bebê pré-termo como filho, interferindo na adaptação materna às necessidades dele e no envolvimento via linguagem corporal e vocal. Conseqüentemente, poderá haver riscos quanto à sobrevivência, distorções no processo maturacional de desenvolvimento psíquico, e no âmbito fonoaudiológico, possíveis repercussões quanto à emergência da linguagem vocal e oral do bebê, uma vez que o envolvimento mãe-bebê via sensorialidade, pode estar ausente.

Como já foi dito, em Fonoaudiologia, as ações na UTI Neonatal estão direcionadas ao bebê, no que se refere à capacitação para alimentação por via oral de forma segura e funcional, com o objetivo de diminuir o tempo de sua hospitalização. Ações de cunho preventivo, no que se refere à audição, também têm sido implementadas através do levantamento de indicadores de risco e encaminhamento dos bebês para avaliações comportamentais e testes objetivos (Andrade, 1996; Hernandez, 2003).

Ainda que as ações fonoaudiológicas voltadas para o aspecto somático do bebê sejam importantíssimas para seu desenvolvimento, contribuindo inclusive para a alta hospitalar precoce, a mãe, presença essencial ao filho e coadjuvante no processo de emergência da linguagem vocal e oral do bebê, pode estar paralisada em sua relação com seu bebê prematuro. Sendo assim, e como temos constatações que há poucos estudos que investiguem como o fonoaudiólogo pode ajudar a mãe do bebê de alto risco, esta pesquisa tem por objetivo estudar a mediação fonoaudiológica como uma forma de intervenção facilitadora da relação mãe-bebê de alto risco.

Este trabalho propõe que o fonoaudiólogo ofereça sustentação à mãe, através do acolhimento em suas angústias e receios, além de informações solicitadas por ela, mantendo-se o uso dos recursos técnicos inerentes à atuação fonoaudiológica na UTI Neonatal. Parte-se do pressuposto que através desta mediação haverá um fortalecimento da auto-confiança materna em sua capacidade de perceber o filho, e assim acolhê-lo.

As concepções teóricas adotadas como referência para sustentar as ações fonoaudiológicas desenvolvidas na UTI Neonatal são aquelas consideradas as mais relevantes na área. Elas subsidiam os recursos técnicos utilizados nesta pesquisa, a saber: o posicionamento correto do bebê; o oferecimento de estímulos odoríferos e gustativos; a elicitación de reflexos de alimentação e de defesa; Sucção Nutritiva através de técnica sonda – dedo, a Sucção-Não-Nutritiva; oferecimento do toque prazeroso; abertura suave da portinhola da incubadora e o controle de luminosidade, através do uso do *black*. A outra concepção teórica que norteia esta pesquisa é a abordagem de Winnicott sobre o “*Desenvolvimento Emocional Primitivo*”, a partir da relação mãe-bebê. Os conceitos winnicotianos essenciais para isto são a “*Preocupação materna primária*”, a relação do bebê com a “*mãe suficientemente boa*”, a “*intrusão*”, e, sobretudo, o ambiente de “*holding*”, caracterizado pelo acolhimento.

Esta pesquisa parte, fundamentalmente, do princípio de que os momentos iniciais da relação mãe-bebê são essenciais para o desenvolvimento psíquico e de linguagem da criança. Por isso, apresento o bebê pré-termo quanto à sua vulnerabilidade, padrão postural, aparência e comportamento. Conto como desenvolvo meu trabalho na UTI Neonatal e Pediátrica do H.C.S.L., para logo em seguida trazer reflexões sobre a função materna de facilitadora do desenvolvimento emocional do bebê, explicitando como a sensorialidade erigida na relação mãe-bebê repercute na emergência da linguagem oral, de acordo com Winnicott. Posteriormente, com o intuito de evidenciar a interferência dos aspectos emocionais maternos no acolhimento proporcionado ao filho prematuro, narrarei dois registros de acompanhamento fonoaudiológico das mães, os quais permitem expôr como a mediação pode favorecer a aproximação mãe-bebê. Tais registros foram analisados, articulados e sintetizados a partir das concepções teóricas propostas, constituindo-se em um material suficiente para tecer as conclusões desta pesquisa.

2. O BEBÊ PRÉ-TERMO

Este capítulo tem por finalidade apresentar o bebê pré-termo, também designado bebê de alto risco, o qual tem sido alvo das investigações e de ações fonoaudiológicas dentro de uma UTI.

Nesta revisão, calcada na literatura médica e de enfermagem, o bebê pré-termo será definido, caracterizado e comparado ao bebê a termo no que se refere a sua vulnerabilidade, padrão postural, aparência e comportamento. Também será exposto o que a literatura diz sobre a reação parental frente ao seu nascimento, com o objetivo de caracterizarmos como este bebê imaturo, com tendências a doenças, ao óbito e a seqüelas neuropsicomotoras, tem sido recepcionado por seus pais.

2.1 Definição e caracterização

Os bebês que nascem com menos de 37 semanas de gestação são considerados prematuros, pela Organização Mundial da Saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde define como recém-nascido pré-termo todos aqueles cuja idade gestacional encontra-se entre 22 e 37 semanas (Brasil, MS, 2000).

Sabemos que fatores genéticos, metabólicos, infecciosos, sociais, econômicos e culturais influenciam a gestação, o parto e o período neonatal (Andrade, 1996). Do ponto de vista médico, os bebês pré-termo, sendo frutos de um parto prematuro, apresentam maior ou menor risco de distúrbios neonatais, dependendo de sua maturidade ao nascimento e do tipo e intensidade dos fatores que atuaram na vida intra-uterina. Por serem bebês que nasceram numa condição fisiológica imatura, não estão preparados anatômica e fisiologicamente para adaptação extra-uterina. Assim, eles têm aumentada sua probabilidade de seqüelas. O fato é que são bebês mais sujeitos a doenças, afecções e óbitos, como também a deficiências no curto, médio e longo prazos, pois estão expostos a desvios do desenvolvimento. Por sua vulnerabilidade, são bebês definidos como de alto risco e necessitam de cuidados intensivos (Andrade, 1996; Leone, Ramos e Vaz, 2002).

A Academia Americana de Pediatria define como cuidado intensivo neonatal, “o cuidado constante e contínuo do recém-nascido criticamente enfermo” (OPAS/OMS, 1985, p.8). Esta assistência tem sido realizada no Brasil nas Unidades de

Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, onde a utilização de sofisticada tecnologia de suporte à vida, aliada aos diversos profissionais que integram a equipe, possibilitam a sobrevivência dos recém-nascidos pré-termo.

É necessário ressaltar que estes bebês não são uma versão menor do recém-nascido a termo, pois apresentam peculiaridades comportamentais e características físicas que condizem com as dos fetos de mesma idade gestacional. Sendo assim, torna-se imprescindível diferenciarmos o bebê pré-termo do bebê a termo quanto a vários aspectos, para a compreensão exata da demanda fonoaudiológica em uma UTI Neonatal e Pediátrica.

2.1.1 Condição clínica do bebê pré-termo

Os bebês a termo nascem, em geral, saudáveis. Não é comum apresentarem dificuldades respiratórias, instabilidade do controle térmico, problemas no sistema imunológico, entre outras, após seu nascimento.

A condição clínica dos bebês pré-termo é outra. Eles apresentam imaturidade orgânico-funcional, o que dificulta sua adaptação extra-uterina, tornando-os suscetíveis a alterações fisiológicas. São bebês cujo sistema respiratório é instável pela imaturidade do centro respiratório e do próprio pulmão. Por isso, estão sujeitos a períodos de apnéia, ao desconforto respiratório e a asfixia. Na maioria dos casos os bebês necessitam de assistência ventilatória mecânica imediata e por tempo prolongado, o que, do ponto de vista fonoaudiológico, pode interferir nas respostas motoras orais do bebê com repercussão na questão alimentar (Hernandez, 2003).

Os bebês pré-termo estão mais sujeitos a hemorragias, por apresentarem fragilidade capilar associada a baixos níveis de fatores de coagulação; e são mais suscetíveis a contraírem infecções, porque seu sistema imunológico é imaturo, não produzindo habilmente anticorpos. Acrescentam-se a essas debilidades problemas gastrointestinais, renais, hepáticos, oftalmológicos e nutricionais, que são complicações advindas da imaturidade fisiológica em si, agravadas frente à necessidade de adaptação extra-uterina. Outro problema grave é a instabilidade térmica do bebê pré-termo, que requer atenção constante por parte da equipe cuidadora, pois a produção de calor corpóreo destes bebês é baixa e a perda calórica é elevada, o que aumenta ainda mais seu risco de vida (São Paulo, 1978; Vulliamy, 1979; Pursley e Cloherty, 1993; Andrade, 1996; Brock 1998).

2.1.2 Padrão postural e aparência do bebê pré-termo

Os bebês a termo apresentam padrão postural de flexão (flexão fisiológica), exceto a cintura escapular e a cabeça, as quais se apresentam em extensão, o que favorece a respiração do bebê. Esta flexão fisiológica ou tônus de flexão, foi adquirida em razão da necessária adaptação do bebê ao pouco espaço uterino ao final do período gestacional, e induz o bebê à prática de movimentos como o da mão à boca. Sendo assim, o bebê que já iniciara a sucção entre a 18ª e a 24ª semana de vida fetal, tem condição de exercitá-la também ao final da gestação, uma vez que a sucção é uma habilidade de flexão (Andrade, 1996; Xavier, 1998).

Os bebês a termo apresentam tônus corporal equilibrado, movimentação harmônica e direcionada à linha média, transitam do sono à vigília em poucos minutos, mantendo-se em cada um destes estágios por um tempo razoável e demonstram de forma evidente, sinais indicativos de fome.

Existe também um equilíbrio entre o tamanho da cabeça e do corpo de um bebê a termo; sua pele é mais firme, não dilacerando ao toque ou manuseio, e a presença dos reflexos orofaríngeos (procura, sucção, deglutição, e proteção das vias aéreas) associados ao padrão de flexão, permite que ele se alimente já nos primeiros minutos após o parto. Enfim, ele está em condições de adaptação à vida extra-uterina (Andrade, 1996; Xavier, 1998).

Quando comparamos as características e condições físicas dos bebês a termo com as do bebê pré-termo, verificamos uma disparidade. A postura corporal do bebê pré-termo é totalmente em extensão, porque ele saiu do útero num momento em que ainda era pequeno e, portanto, não pôde desenvolver o tônus de flexão. Esta postura corporal específica associada à hipotonia acentuada, implica em problemas respiratórios e alimentares, pela escassa estabilidade muscular do pescoço e da mandíbula, e pela ausência ou precariedade dos reflexos orofaríngeos.

Os bebês pré-termo apresentam falta de coordenação durante movimentos globais, desorganização neurológica demonstrando poucos sinais indicativos de fome; oscilação na manutenção dos estados de sono e vigília, além de excessiva abertura da boca, que se torna mais acentuada nos casos de ventilação mecânica prolongada (Andrade, 1996; Xavier, 1998). Quanto à aparência dos bebês pré-termo, é possível afirmar que ela é peculiar. São bebês corporalmente pequenos, porém a cabeça é grande; em geral, os cabelos são escassos, finos e lisos; são magros e apresentam pouca musculatura; sua pele é lisa, gelatinosa, brilhante e frágil

ao manuseio. Suas costelas são bem visíveis, a genitália é pouco desenvolvida, suas unhas são finas, o pavilhão auricular é pouco curvado e flexível devido à falta de cartilagem, e a planta dos pés é lisa, sem pregas (Vulliamy, 1979; Klaus e Kennell, 1993; Gonçalves e Brock, 1995; Brock 1998).

2.1.3 Comportamento do bebê pré-termo frente ao ambiente e à estimulação parental

2.1.3.1 Reação ao ambiente

O nascimento de um bebê a termo e saudável é, geralmente, motivo de felicidade para os pais. Passadas as atribuições inerentes ao parto, o bebê será recepcionado por sua família e pelo ambiente físico preparado para ele, como o berço, as fraldas, as roupas, entre outros. A mãe irá cuidar de seu filho e ele, por sua vez, está ali para receber os diversos cuidados maternos. Ao receber tais cuidados, a reação fisiológica dos bebês a termo se diferencia dos bebês pré-termo. Os bebês a termo não apresentam alterações fisiológicas acentuadas quando são cuidados, não correndo risco de vida nesta situação. Quando pegos e ninados, eles não apresentam hipóxia, hipotonia generalizada, taqui ou bradicardia; quando tocados, não reagem de sobressalto e não ficam cianóticos. Sua alimentação ocorre, geralmente, sem problemas na coordenação da sucção-deglutição-respiração; ao contrário, por serem saudáveis, são organizados neurologicamente, apresentando reações compatíveis às suas necessidades físicas (Andrade, 1996; Brasil, 2002).

O nascimento de um bebê pré-termo é um acontecimento muito conturbado para os pais, porque, em muitos casos, é uma situação inusitada e imprevisível. Pelo lado do bebê, pode significar um certo alívio se ele estava em sofrimento intra-útero. Entretanto, também lhe é um evento conturbado quando verificamos a gravidade de sua condição clínica e a necessária submissão a tratamentos, estando alocado em uma incubadora na UTIN e não nos braços maternos.

Na UTIN, o bebê pré-termo, principalmente os mais imaturos, estará privado de quase tudo aquilo que o bebê a termo pode receber: o odor do corpo materno e o barulho do seu batimento cardíaco; o embalo e a delicadeza das mãos de quem cuida dele; o contato visual e a voz daquela mulher que por meses conversou com ele, diariamente; e por fim, a privação do seio materno, de onde emana o líquido quente que apazigua a fome.

Ao invés de sentir o odor do corpo de sua mãe, o bebê sentirá os odores dos tecidos da incubadora e das substâncias usadas nos procedimentos indispensáveis. No lugar dos batimentos cardíacos, o bebê ouvirá ruídos diversos; ao invés do embalo e da delicadeza das mãos maternas, o bebê receberá procedimentos invasivos dolorosos, manuseio infrequente e desprazeroso, além de muitos fios e tubos conectados em si.

O contato visual será breve e ele estará exposto a vozes diversas e desconhecidas. Não sentirá o calor materno por longo período - sentirá o calor artificial da máquina que o condiciona. Quanto à alimentação, esta não virá do seio materno, virá através de uma sonda que preencherá seu conteúdo gástrico, sem maiores excitações (Brasil, 2002).

De forma geral, na UTI Neonatal o bebê pré-termo estará sujeito a diversos estímulos: ele será submetido a níveis de barulho excessivos, advindos dos alarmes dos monitores, de outros equipamentos e das vozes da equipe de saúde; à exposição da luz, sem o favorecimento dos ciclos diurnos e noturnos, e à quantidade e qualidade inadequadas de manuseio, em razão da rotina de serviço da Unidade. Estes diversos estímulos se constituem em experiências desagradáveis, infrequentes e até mesmo dolorosas ao bebê pré-termo, que geralmente reagirá evidenciando mudança de tônus repentina, como a oscilação entre hipotonia e hipertonia; choro, soluços e espirros, tosse e engasgos, mudança de coloração, agitação, olhar vago e inconsolabilidade (Andrade, 1996). A imaturidade do bebê pré-termo frente aos estímulos externos e sua debilidade homeostática o expõe a episódios de apnéias, bradicardia ou taquicardia, queda da saturação de oxigênio, hipertensão ou hipotensão arterial, entre outros desequilíbrios como as paradas cardio-respiratórias e a conseqüente necessidade de ressuscitação (Andrade, 1996; Brasil, 2002).

Uma proposta terapêutica fonoaudiológica que proteja o bebê das agressões do meio externo é relevante, quando se compreende que a questão alimentar e a saúde auditiva do prematuro estão parcialmente subjugados a condições ambientais estressantes a ele.

2.1.3.2 Reação à estimulação parental

Sabemos que os bebês pré-termo reagem fisiologicamente de forma peculiar. A literatura aponta também para o comportamento diferencial deles com os bebês a termo, quando os pais ou os cuidadores, tocam, falam, ouvem e olham essas crianças.

Ao acompanharem as mães e seus bebês a termo saudáveis, Klaus e Kennell (1993), pesquisadores comportamentais americanos, observaram que ocorriam interações recíprocas através da voz e do toque maternos, do contato olho a olho, do emparelhamento face a face, do choro do bebê, entre outros. A voz materna, por seus tons mais agudos, provocava reações no bebê; o toque fornecido a ele era prazeroso a ambos; o contato olho a olho os aproximava, pois desencadeava respostas maternas de cuidado; e o emparelhamento face a face fazia com que ambos se movimentassem no compasso da fala materna ou a partir dos movimentos dos bebês. O choro também mobilizava as mães que, em geral, buscavam acalentar seus filhos ou alimentá-los, pois de acordo com os pesquisadores, o choro provocava reações fisiológicas nas mães, induzindo-as a amamentarem.

Os pesquisadores concluíram que pais e bebês influenciavam-se mutuamente: os bebês provocavam comportamentos nos pais, em especial nas mães, e estas acionavam comportamentos em seus filhos, sendo gratificantes a ambos.

No caso dos bebês pré-termo, a interação através das trocas de comportamentos poderia estar prejudicada ou ausente, em razão da aparência do bebê e de seus comportamentos. A aparência dos bebês, geralmente, surpreendia as mães; eles eram hipotativos e hiporeativos em função da pequena idade gestacional e da condição clínica; estavam alocados numa incubadora que limitava as interações táteis; quando tocados faziam caretas, movimentavam-se bruscamente ou permaneciam imóveis; o período de sono era prolongado e nos curtos momentos em que permaneciam em estado de alerta, não fixavam os olhos nos da mãe. O choro, que em geral mobiliza reações de cuidado, estava ausente por longos períodos (Klaus e Kennell, 1993; Andrade, 1996; Feijó, 1998).

É necessário considerar que o parto prematuro abala emocionalmente os pais, em especial as mães. Quando elas se deparam com um bebê muito diferente de suas expectativas, tanto em relação à aparência quanto aos comportamentos apresentados, podem interpretar a falta de “*feedback*” como recusa

do bebê ao contato e afastam-se deles. Isto pode dificultar o vínculo, uma vez que esta é uma fase em que percepções maternas e padrões interacionais estão em formação (Klaus e Kennell, 1993; Feijó, 1998). O comportamento diferenciado dos bebês pré-termo dificulta para os cuidadores e para as mães, o entendimento de quando o bebê está ou não gostando do toque, quando o manuseio realizado está dentro de seu limite de suportabilidade, ou já favorecendo seu estresse. Por isso, a meticulosa observação dos profissionais que atuam na UTIN e as percepções maternas podem contribuir para o reconhecimento dos comportamentos dos bebês, numa ajuda mútua em prol do bem estar destes últimos. Entretanto, é necessário considerar que o fato de ter um filho recém-nascido numa UTIN não faz parte do cotidiano dos pais até aquele momento, e que o parto prematuro associado à nova rotina estabelecida na vida deles, pode gerar diversas reações e sentimentos, dificultando o envolvimento mãe-bebê de alto risco.

2.2 Reação parental ao nascimento do bebê pré-termo

Aqui serão expostas as circunstâncias vividas pelas mães, suas reações e sentimentos ao parto prematuro, de acordo com pesquisas na área médica e de enfermagem.

Sabemos que os bebês pré-termo, quando sobrevivem ao parto ficam internados para receberem cuidados intensivos dos quais necessitam, em razão de sua delicada condição clínica. Do útero eles passam a viver dentro de incubadoras para a manutenção da temperatura corpórea, para a monitoração da frequência cardíaca, respiratória, pressão arterial e monitoração do índice de saturação de oxigênio. Também nas incubadoras, eles são medicados, alimentados, higienizados e submetidos a periódicas avaliações físicas e as práticas terapêuticas dos profissionais que atuam na Unidade.

A hospitalização prolongada dos bebês pré-termo constitui-se numa segunda separação mãe-bebê e deverá ser enfrentada pela família após a primeira separação, que é o próprio parto prematuro. Durante a hospitalização dos bebês, os pais, em especial a mãe, estarão restritos aos horários de visita designados pela política hospitalar e precisarão adaptar-se social e emocionalmente ao fato.

Klaus e Kennell (1993; 1995) verificaram que o nascimento prematuro precipitava nas mães o sentimento de fracasso e culpa; fracasso por não ter dado a luz a um bebê a termo e culpa pelo nascimento prematuro. As mães, em geral,

sentiam-se inseguras como mulher e mãe, vivenciando alguns problemas em sua auto-estima e em sua capacidade de maternagem.

Os pesquisadores também constataram que as mães dos bebês pré-termo passavam por um período de adaptação ao bebê real, de forma similar às mães dos bebês a termo, afinal, eles jamais eram como aqueles retratados imaginariamente por elas. O fato é que a aparência do bebê pré-termo poderia surpreender a mãe, constituindo-se a adaptação ao bebê real em um período muito delicado, onde as mães se recusavam a ver o filho e não mantinham qualquer contato físico com ele.

Gomes (1992) buscou entender qual o significado para os pais em ter um filho internado na UTI Neonatal. Ela verificou que a experiência de ter um filho neste ambiente gerava sofrimento, tristeza e estresse. Os pais se sentiam abalados, angustiados, com medo e até revoltados. Se por um lado eles ficavam inseguros em relação à sobrevivência do bebê, sentindo-se culpados e responsáveis pela prematuridade, contraditoriamente também se sentiam esperançosos e resignados.

Além de terem que lidar com as atribuições desta experiência, os pais deste estudo relataram se sentir pressionados emocionalmente pela equipe da UTI Neonatal e também pelos familiares. Eles afirmaram que eram solicitados a manter calma e equilíbrio emocional, em um momento em que estavam totalmente confusos, angustiados e tristes.

Conviver com a incerteza da sobrevivência dos bebês precipita em algumas mães o “luto antecipatório”, que é a retirada do investimento emocional estabelecido para com o bebê em seu útero, porque elas esperam que o filho sobreviva, ao mesmo tempo em que se preparam para sua morte (Gomes, 1992; Feijó, 1998). O nascimento prematuro pode também reforçar um sentimento de irrealidade em relação à criança, que percebida como estranha, pode ser mais facilmente rejeitada (Klaus e Kennell, 1993).

O sentimento das mães ao ver o bebê logo após o nascimento, ainda na sala de parto, foi o de preocupação e medo de que seu bebê não sobrevivesse ou que fosse imperfeito. As mães que não puderam ver seus filhos, em função da anestesia a qual foram submetidas, ou em razão do estado de saúde deles, referiram que gostariam de ter podido ver seus filhos, para se certificarem que eles estavam bem (Feijó, 1998).

O medo de machucar o bebê ao tocá-lo, o medo de que ele falecesse, a repulsa da proximidade, a tristeza e angústia, estavam relacionadas à

reação materna ao vê-lo pela primeira vez na incubadora (Gomes, 1992; Feijó,1998). Ver o filho ligado a tubos, fios e a outros aparatos tecnológicos precipitou nas mães sentimentos de apreensão, pela constatação da necessidade de máquinas para a sobrevivência dele (Gomes, 1992).

Ter o filho internado na UTIN gerava nos pais a necessidade de buscar, freqüentemente, informações precisas sobre o estado de saúde do filho (Gomes, 1992). Esta conduta parental é uma forma de poderem “compartilhar o mundo da doença, familiarizar-se com o tratamento terapêutico e com as peculiaridades de sua criança imatura e doente” (p. 53). Por outro lado, conviver com o filho implicava também em lidar com esse novo ambiente e com a equipe de saúde. Os pais sentiam-se despreparados para conviver com o mundo da UTIN, mundo este muito diferente de seu cotidiano. Apesar do novo ambiente ser considerado como local que representa a vida, também era vivenciado pelos pais como um ambiente hostil, tenso e precipitador de ansiedade. Na UTIN, por não poderem exercer a maternagem por longo período, as mães ocupavam uma posição periférica em relação aos cuidados de seus filhos. Ao sentirem-se vulneráveis, também sentiam que perderiam seu filho para a equipe de cuidados intensivos. Apesar da mãe vivenciar este sentimento de perda do filho, esta mesma equipe foi percebida como empenhada em lutar pela preservação da vida e proporcionar segurança e tranqüilidade (Gomes, 1992; Feijó, 1998).

Os estudos acima apontados esclarecem o quanto é perturbador e conflituoso para as mães “dar a luz” a um bebê pré-termo, e o quanto a sensação de desamparo pode estar presente. Também apontam para o fato de que essas questões não se dissolvem através da presença materna de forma exaustiva ou extensiva na UTIN. Isto pôde ser constatado através da pesquisa de Klaus e Kennell (1993;1995). A partir da constatação da política hospitalar restritiva à presença parental, vigente nos Estados Unidos de 1900 a 1960, os pesquisadores investigaram sobre as condições emocionais dos pais após a mudança desta política. Esta mudança ocorreu em meados da década de 60 e favorecia a entrada dos pais nas UTI Neonatais, de forma mais freqüente. A conclusão do estudo é de que, mesmo após a mudança política, a maioria dos pais continuava a sofrer estresses emocionais prolongados, exaustão física e tensão constante em razão do nascimento do filho pré-termo.

Uma vez apresentado o bebê pré-termo e definido seu perfil, evidenciando inclusive quais as possíveis reações emocionais familiares frente ao seu nascimento, é importante colocar em cena o ambiente da UTI Neonatal e Pediátrica do

Hospital onde fôra realizada esta pesquisa, quando então será caracterizado o trabalho fonoaudiológico desenvolvido. Posteriormente, a importância da relação mãe-bebê será fundamentada de acordo com Winnicott e ressaltadas as implicações desta relação no âmbito fonoaudiológico.

3- A UTI E AS AÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS

Passamos agora a apresentar o H.C.S.L. e mais especificamente a UTI Neonatal e Pediátrica, onde esta pesquisa foi realizada. A atuação fonoaudiológica desenvolvida neste ambiente será exposta, considerando-se as referências teóricas que lhe dão suporte. Por fim, terminamos o capítulo apresentando o que encontramos na literatura sobre as ações fonoaudiológicas junto às famílias do bebê pré-termo.

3.1 Contextualizando o ambiente da pesquisa

O Hospital das Clínicas Samuel Libânio (H.C.S.L.) situa-se em Pouso Alegre/MG. É um hospital privado, com fins filantrópicos, cuja mantenedora é a Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí. É um hospital universitário de grande porte, sendo o maior em estrutura física e complexidade no sul de Minas Gerais. É referência para cinquenta e quatro municípios em atendimento do Sistema Único de Saúde e realiza apoio em diagnóstico, tratamento clínico especializado, ou cirúrgico para pessoas de qualquer idade.

O H.C.S. L disponibiliza uma UTI Neonatal e Pediátrica desde junho de 2002, que está localizada no 3º andar, provida de nove leitos para internação, sendo cinco neonatais (crianças de zero a vinte e oito dias) e 4 pediátricos (crianças de vinte e nove dias a doze anos). Sua área física e os equipamentos disponíveis estão adequados às normas governamentais e àquelas preconizadas pelas autoridades sanitárias. Esta UTI tem por finalidade atender a demanda de pacientes do próprio Hospital e de outras instituições que o tenha como referência, mediante disponibilidade de vaga; prestar cuidados médicos e de enfermagem ininterruptas aos pacientes; estimular o desenvolvimento tecnológico e científico do setor; humanizar o atendimento da criança; manter colaboração com os demais serviços, fornecendo parâmetros de atendimento de alta complexidade (Rigotti e col, 2003).

O quadro de profissionais da UTI Neonatal e Pediátrica é composto por médicos, sendo um deles o Coordenador, enfermeiras, auxiliares e técnicos em Enfermagem, fisioterapeutas e, desde abril de 2004, de uma fonoaudióloga.

3. 2 A atuação fonoaudiológica na UTI do H.C.S.L.

Ao assumir o trabalho fonoaudiológico, desenvolvi e aprimorei minha atuação junto à UTI Neonatal e Pediátrica, berçário, pediatria e outros setores face à grande demanda no hospital. Passei a atuar seis horas diárias, onde organizei um esquema como seria distribuído este tempo, de forma a atender todos da melhor maneira possível, com qualidade e visando bons resultados. A especificidade da atuação fonoaudiológica quanto à capacitação dos bebês para alimentação por via oral e quanto aos aspectos preventivos no que se refere à audição dos bebês, era desconhecida pela maioria, que reconhecia ser da alçada fonoaudiológica apenas os problemas de fala em crianças, e de voz em adultos. A convivência profissional aproximou-nos o suficiente para que a caracterização das condutas pertinentes a cada categoria profissional fosse respeitada.

Minhas ações em relação aos bebês enfatizam a questão alimentar dos pré-termos com ou sem síndromes, malformações ou alterações neurológicas, além dos cuidados preventivos e minimizadores de distúrbios da audição, conforme a prática fonoaudiológica desenvolvida na UTI Neonatal, desde a década de 80 (Andrade, 1996; Girardi, 2003), subsidiada pelos alicerces teóricos da Neonatologia e de áreas afins. Em relação às mães, proponho que acompanhem o trabalho desenvolvido junto aos bebês, buscando transformá-lo em um momento de aproximação de seus filhos.

3.2.1 Alimentação: a técnica ajustada ao bebê pré-termo.

Sabe-se que a imaturidade orgânico-funcional dos bebês pré-termo interfere nas condições para alimentação por via oral, por retardo nas funções orais ou por desvios no desenvolvimento normal das mesmas. É também competência do fonoaudiólogo a capacitação desses bebês para se alimentarem exclusivamente pela boca, de forma segura e o mais precocemente possível (CFF^a, 2002 b). Neste sentido, atuo diretamente com estes bebês através de manobras específicas em relação ao sistema sensório-motor-oral, após criteriosa avaliação morfofuncional. A proposta terapêutica abrange desde a estimulação odorífera e gustativa, a estimulação dos reflexos de alimentação (procura, sucção, deglutição) e de proteção (GAG, mordida fásica) do recém-nascido, até ações visando ao funcionamento adequado do sistema estomatognático, quando detecto distúrbios oromotores. Nos casos em que a técnica

de Sucção Não-Nutritiva (SNN) é considerada necessária, ela passa a fazer parte do planejamento terapêutico. A Sucção-Não-Nutritiva é a estimulação da sucção sem a presença de alimento ou concomitante à alimentação por gavagem. É uma técnica que parte da premissa de que a sucção pode ser modificada pela experiência, favorecendo ao bebê a associação sucção-preenchimento gástrico. A SNN tem sido considerada como benéfica aos bebês em vários aspectos como o ganho de peso, maior oxigenação durante e após as mamadas, facilitação da digestão e o exercício muscular oral. Também auxilia no desmame da sonda com mais rapidez, favorecendo o início da amamentação e a alta hospitalar precoce (Xavier, 1998).

Em geral, utilizo a técnica da Sucção-Não-Nutritiva durante a alimentação por gavagem, com o cuidado de posicionar o bebê em decúbito lateral direito para favorecer o trânsito gástrico, evitando, assim, resíduos. Quando esta postura for contra-indicada pelos médicos ou pelas fisioterapeutas, posiciono o bebê de acordo com a orientação desses profissionais. Tenho aplicado esta técnica de acordo com o que encontramos na literatura: após elicitação do reflexo de “procura”, o profissional introduz na boca do bebê o dedo mínimo enluvado umedecido no leite ou na glicose a 5% (Andrade, 1996; Hernandez, 2003). Caso a mãe tenha realizado a ordenha, que é a retirada do leite manualmente ou via bomba de sucção, opto por utilizar seu próprio leite neste procedimento.

Havendo relatos na literatura sobre o uso da chupeta e do oferecimento do próprio dedo do bebê para ele sugar, prefiro apresentar meu próprio dedo ao paciente, porque posso ao mesmo tempo reavaliar suas condições oromotoras. À medida que o bebê melhora sua habilidade de Sucção Não-Nutritiva, ele poderá ser avaliado em sua habilidade de se alimentar por via oral. Esta avaliação não se restringe a testes específicos quanto à sucção e deglutição: abrange a história clínica do bebê, sua condição atual, a habilidade em se manter em estado de alerta, sua postura, sua movimentação harmônica e a manutenção do tônus mais modulado, entre outros comportamentos significativos de melhor estado geral.

Quando o bebê atinge 34 semanas de gestação, com peso igual ou superior a 1.500 g e em estabilidade respiratória, critérios estes compartilhados pela equipe médica, realizo a avaliação específica da habilidade do bebê pré-termo para se alimentar por via oral. Com o devido cuidado de acordá-lo com delicadeza, colocá-lo em postura sentado semi-reclinado (flexão de tronco aproximadamente em 110°), oferecer sensações corporais, peri e intra-oralmente através do toque e de estímulos

odorífero e gustativo, elicit o reflexo de procura, que é desencadeado tocando-se a região perioral, ajudando a criança a descobrir a fonte do estímulo. Logo após, ofereço ao bebê rolinho de gaze embebido em leite materno ou leite de fórmula. Verifico então a habilidade do bebê em coordenar sucção, deglutição e respiração, por meio da ingesta de pequena quantidade de alimento, via gaze, apesar da literatura também relatar que alguns profissionais testam esta coordenação através do oferecimento da mamadeira (Andrade, 1996; Hernandez, 2003).

Uma vez constatado que o bebê consegue sugar, engolir e respirar sem dificuldades, mantenho-o na mesma postura, isto é, sentado semi-reclinado, e ofereço um pequeno volume de leite via copo. Observo, neste momento, como ele administra através do sorver, a ingesta desta quantidade que é um pouco superior àquela oferecida via sucção da gaze umedecida no leite. Se o bebê for diagnosticado tendo condições de se alimentar por via oral, inicia-se o oferecimento de um volume mínimo nas primeiras mamadas, sendo o restante do alimento oferecido por gavagem. A definição do volume mínimo é definida a partir do comportamento do bebê frente à alimentação, por comportamentos de estresse como bocejos, soluços, palidez, hipertonia ou hipotonia, dificuldade em manter o estado de alerta, entre outros (Andrade, 1996; Hernandez, 2003; Xavier, 1998).

Acompanho diariamente este bebê para verificar sua tolerância em relação ao volume administrado por via oral, propondo aumentos ou diminuição. Há um acompanhamento junto aos técnicos e auxiliares em Enfermagem que estão constantemente cuidando do bebê, a fim de verificar se a forma de administração do leite via copo está correta e se a postura do bebê está favorecendo uma alimentação segura e eficaz. Nessa etapa de desmame da sonda, não temos por rotina utilizar a mamadeira, estando seu uso restrito a casos específicos verificados apenas pelo profissional.

Em alguns casos uso a Técnica Sonda-Dedo para alimentar os bebês, ao mesmo tempo trabalhando determinados aspectos oromotores. Esta técnica consiste em fixar uma sonda gástrica calibre 0,4 ou 0,6 ao dedo mínimo ou indicador, estando acoplado na outra ponta uma seringa sem o embolo, a qual será preenchida por leite. Com o bebê posicionado ao colo, elicit o reflexo de procura, introduzo o dedo na cavidade oral do bebê que passa a sugar. De acordo com a altura da seringa, o leite flui mais ou menos devagar, contribuindo para o trabalho de aumento da força de sucção ou aumento da rapidez da deglutição, coordenada com a respiração (Rios,

2003). Esta técnica não tem por objetivo substituir a amamentação, mesmo porque nossa equipe acredita em seus benefícios, tanto para a mãe quanto para o bebê. Por isso, quando a mãe está presente e disponível, e havendo concordância médica de que o bebê pode ser levado ao seio, acompanho mãe e filho. Quando necessário, faço as intervenções quanto à “pega” do seio, duração da amamentação, sempre preocupada com o envolvimento da mãe com seu filho e também com a qualidade das ações motoras orais do bebê. Procuro assim, favorecer uma experiência agradável a ambos, considerando a experiência oral correta do bebê, sem dispêndios de energia desnecessários, o que acarretaria em perda de peso.

Há uma tendência em Fonoaudiologia de incentivar a amamentação pelo conhecimento de seu valor nutritivo, aumentando a imunidade da criança; pelo aspecto psicológico, que é fortalecedor do vínculo mãe-bebê, e por sua influência no desenvolvimento crânio-facial com repercussão no desenvolvimento motor-oral, e, portanto, por sua contribuição para a funcionalidade dos órgãos fonoarticulatórios (Andrade, 1996; Xavier, 1998; Hernandez, 2003). Entretanto, a maioria das mães que frequenta a UTI Neonatal e Pediátrica, está domiciliada a mais de 50 km de Pouso Alegre, sem condições financeiras para se locomoverem diariamente e sem condições de permanecerem na cidade. Muitas mães não têm parentes ou amigos em Pouso Alegre e infelizmente o Hospital não disponibiliza de uma Casa de Apoio a elas. Dessa forma, muitos bebês são privados da amamentação, tendo oportunidade de vivenciá-la quando coincide dele estar em condições e da mãe estar presente, disponível e lactante. Quando é constatado que a mãe não é lactante e que deseja amamentar, opto por levar o bebê ao seio, a fim de estimular as glândulas lactíferas, ao mesmo tempo em que oportunizo o bebê a sugar, favorecendo o envolvimento dos dois. Após a mamada explico à mãe que o bebê deve ser posicionado semi-reclinado para facilitar a eructação e também evitar a aspiração, engasgos ou a estagnação de alimento na via auditiva. Estes problemas podem gerar pneumonias e otites médias, colocando o bebê sob risco de vida e risco para distúrbios de audição, em razão da interferência na integridade do sistema auditivo (Andrade, 1996; Hernandez, 2003). No caso do bebê ainda não estar em condições de sugar, mas apresentando condições clínicas de permanecer por algum período fora da incubadora, incentivo as mães a segurarem seus bebês, de forma que fiquem aninhados em seu tronco ou simplesmente aconchegados em seus braços.

Apesar de todo incentivo social para a amamentação ser iniciada e mantida até, no mínimo, aos seis meses, muitas mães se opõem a amamentar, enquanto outras, como algumas daquelas que freqüentam a UTI, não têm condições de permanecer na cidade para isso. Nestes casos, administramos o leite através do copo, um utensílio que vem sendo amplamente utilizado nos hospitais, principalmente por aqueles credenciados como Hospital “Amigo da Criança”, cuja política segue diretrizes bem definidas que são contrárias ao uso de chupetas e mamadeiras. Na UTI Neonatal e Pediátrica do Hospital das Clínicas “Samuel Libânio” temos utilizado o copo com regularidade em razão da ausência materna; porque o Hospital aspira ao título de “Amigo da Criança” e porque seu uso diminuiu o índice de infecção hospitalar.

Por fim, observo que a alimentação via seio materno, mamadeira ou através do copo, no período de desmame da sonda, depende da política de serviço desenvolvido no Hospital, da disponibilidade e condição materna, e, é claro, da condição do bebê. Bebês sindrômicos, com malformações crânio-facial, alterações neurológicas, bebês com distúrbios oromotores, ou instáveis clinicamente, receberão cuidados adaptados à sua condição. Importante resgatar que o empenho fonoaudiológico para os bebês se alimentarem por via oral está pautado na idade gestacional e no peso deles, em consonância com os critérios médicos vigentes na Unidade, além dos aspectos clínicos, fisiológicos, considerando inclusive, os aspectos sociais a que esta população está sujeita.

3.2.2 Ações globais convergentes ao bebê

Sabemos que os bebês pré-termos apresentam baixo limiar para tolerar ambientes estressantes e superestimulantes. Também temos ciência que o *habitat* de uma UTI é mais agressivo que o útero materno, povoado de múltiplos estímulos sonoros, visuais, táteis e odoríferos nem sempre agradáveis, nem sempre dosados, que repercutem negativamente na condição clínica do bebê pré-termo.

Alguns estudos comprovaram que a implementação de determinadas ações em relação ao ambiente da UTI, contribuíram para amenizar sua influência negativa sobre a condição geral do bebê, favorecendo a estabilidade clínica, sua evolução na habilidade de se alimentar por via oral e o desenvolvimento normal da audição. Tais estudos foram baseados na concepção de que o bebê pré-termo é um organismo único, que está continuamente se adaptando ao ambiente em que está

inserido, ambiente compreendido em seu aspecto físico e humano (Meyerhof, 1990). Compreende-se nesta concepção que o processo adaptativo do bebê pré-termo é evidenciado por sua organização neurocomportamental que denuncia seu limiar de estresse frente à demanda externa. A minuciosa observação da qualidade respiratória do bebê, das mudanças de coloração da pele, de sua movimentação espontânea (frenética ou harmoniosa), da facilidade ou dificuldade em manter-se acordado, de levar mão à face, mão à boca, de dirigir seus membros superiores para a linha média, indicam a disponibilidade ou não, de seu contato social. Além disso, a criteriosa observação da qualidade de sucção apresentada, a verificação da presença de espirros, vômito, engasgos, entre outros, também indicam se o bebê está disponível para o manuseio de rotina ou ação terapêutica (Andrade, 1996; Hernandez, 2003; Meyerhof, 1990). Sendo assim, na UTI Neonatal e Pediátrica, o Serviço de Fonoaudiologia, conjuntamente com o Serviço de Fisioterapia, intervêm no sentido de manter o recém-nascido pré-termo estável e organizado do ponto de vista neurológico e comportamental, tanto quanto possível. Busca-se posicionar adequadamente o bebê no leito, de preferência em posição prona, facilitando a flexão por meio de coxins de contenção. Também se reduz a incidência de luz no bebê ao desligarmos as lâmpadas, quando nenhum procedimento é realizado, e ao utilizar frequentemente os *blacks* sobre as incubadoras (tecidos escuros posicionados na altura do abdômen do bebê). Os *blacks* são retirados todas as vezes em que os pais estiverem presentes, quando algum procedimento exigir luminosidade maior sobre o bebê e, rotineiramente, trinta minutos antes da alimentação, para favorecer o estado de alerta. A equipe de Enfermagem contribui no sentido de agrupar seus procedimentos àqueles implementados pela fonoaudióloga e pelas fisioterapeutas, com a finalidade de evitar manuseio excessivo e desorganizado, permitindo períodos mais longos de descanso ao bebê. A contenção por meio de coxins durante um procedimento doloroso e a própria disposição das incubadoras no ambiente da UTI Neonatal e Pediátrica, contribui no cuidado ao bebê pré-termo (Meyerhof, 1990; Junior e col, 2002).

Apesar da literatura referir exemplos dos cuidados a serem oferecidos ao bebê, o planejamento das intervenções tem sido personalizado ao ambiente físico e humano da UTI Neonatal e Pediátrica do H.C.S.L.

3.2.3 Cuidados com a audição dos bebês

3.2.3.1 O controle sobre o ruído ambiental

Outras condutas fonoaudiológicas que também amenizam o estresse dos bebês, mas que têm por objetivo principal prevenir alterações auditivas, é a regulação do afluxo de ruído (Andrade, 1996; Hernandez, 2003). Dentro das propostas da área fonoaudiológica da UTI oriento a equipe e as famílias a evitarem o uso de celular, a desligarem rapidamente os alarmes dos equipamentos, a não elevarem a intensidade vocal quando em conversação naquele ambiente, a evitarem conversa desnecessária durante o manuseio do bebê e a não usarem sapatos que elevem o ruído local. De forma bem específica, solicito que ninguém sobreponha papeletas, medicamentos ou outros objetos na incubadora, evitando, inclusive, a abertura e o fechamento abrupto da portinhola.

A questão do ruído nas incubadoras tem sido alvo de várias pesquisas, entre elas a de Parrado e Costa Filho (1992). Eles verificaram o nível de ruído das incubadoras, desde o ruído contínuo até aqueles gerados pelo impacto de abertura e fechamento das portinholas. Este estudo evidenciou que os níveis de ruído das incubadoras aos quais os bebês de alto risco estão expostos, encontram-se acima do sugerido pela Academia Americana de Pediatria. Esta descoberta tende a reforçar a necessidade do controle de ruído dentro da UTI, especificamente no manuseio da incubadora.

3.2.3.2 Levantamento de indicadores de risco para perdas auditivas

Estamos cientes que os bebês pré-termo, especialmente os de muito baixo peso, estão sujeitos a fatores predisponentes para problemas auditivos como o baixo peso ao nascimento (< 1500 gramas), a ototoxicidade, a hiperbilirrubinemia e a anóxia grave. Tais fatores podem ser intensificados por causas pré-natais como a hereditariedade, os fatores genéticos, as infecções maternas, entre outros. Por isso, os bebês pré-termo são considerados população sob risco para problemas auditivos ao nascimento ou a médio e longo prazos, com implicações para a emergência da linguagem e a inserção social. Dessa forma, é necessário investigar os aspectos predisponentes a alterações auditivas através do resgate da história do bebê, em seus

aspectos pré e pós-natais; e através da avaliação comportamental (por meio da observação da mudança do comportamento do bebê, após a estimulação auditiva) e dos procedimentos eletrofisiológicos como BERA (Audiometria de Respostas Elétricas do Tronco Cerebral) e as Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) (Andrade, 1996). A avaliação comportamental e a eletrofisiológica são recomendadas pelo Joint Committee on Infant Hearing (2000) e pelo Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância (2001), devendo ser realizadas no melhor momento de saúde do bebê, o que significa na pré-alta hospitalar ou logo em seguida. Por outro lado, a investigação de fatores predisponentes para distúrbios auditivos, através do levantamento de indicadores de risco proposto pelo Joint Committee on Infant Hearing (1994) (Andrade, 1996), pode ser iniciada com o bebê ainda internado. Esta conduta tem sido implementada na UTI Neonatal e Pediátrica do Hospital das Clínicas “Samuel Libânio”, onde os dados são registrados, servindo de subsídio para o acompanhamento dos bebês no Ambulatório de Fonoaudiologia, de onde seguem para as avaliações audiológicas necessárias.

3.2.4 Ações fonoaudiológicas junto à família dos bebês pré-termo

Quase toda produção científica fonoaudiológica relacionada à UTI Neonatal está voltada apenas para o trabalho com bebês. A literatura aponta, com menor ênfase, para a sugestão de ações junto à família, tais como apoiar e respeitá-las em sua dor; abrir espaço para que os pais exponham suas ansiedades, ao mesmo tempo em que o fonoaudiólogo informa e orienta sobre as condições do bebê para alimentação, e também sobre os cuidados relacionados à audição (Andrade, 1996).

Uma outra proposta é a de Andrade (1996). Por considerar importante a interação mãe-bebê, propõe que se avalie a aceitação da prematuridade pelos pais a partir da utilização de protocolos que avaliam a sua capacidade ou não, em reconhecer o bebê e interagir com ele. O objetivo desta investigação é compreender o que se passa com os pais, para então aproximá-los de seu filho, principalmente através do oferecimento de apoio nos momentos de maior estresse, sempre com o cuidado de não sobrepor os conhecimentos clínicos à naturalidade das atitudes parentais (Andrade, 1996; Hernandez, 2003).

Também existe uma outra vertente de auxílio aos pais, o Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso (Método Canguru), cujo objetivo principal é “propiciar uma atenção de qualidade, humana e individualizada às

gestantes, aos recém-nascidos e famílias” (Brasil, 2002 a, p. 9). Esta capacitação neste Programa é oferecida a profissionais de diversas áreas, incluindo os fonoaudiólogos, e se constitui de propostas para amparar o recém-nascido de baixo peso através do oferecimento de condições hospitalares adequadas e, especialmente, ofertando suavidade no toque ao bebê, durante seu manuseio. O Método Canguru incentiva a aproximação mãe-bebê o mais precocemente possível, porque considera os aspectos psicofisiológicos da pele, e valoriza o psiquismo fetal, da mãe e da família. Os profissionais capacitados neste Método são habilitados para promover a relação mãe-bebê, a estimular o aleitamento e a garantir acesso aos cuidados especializados, o que inclui respeito às condições físicas e psicológicas da mulher frente ao nascimento. (Brasil, 2002 a).

Conforme aponta a literatura, juntamente com o trabalho de assistência à alimentação do bebê pré-termo, continuo a agir no sentido de respeito aos pais em sua dor, a partir da disponibilidade em ouvi-los. E apesar de não usar protocolos na UTI Neonatal e Pediátrica do H.C.S.L. para avaliar o processo de aceitação da prematuridade pelos pais, observo a qualidade da relação mãe-bebê diariamente. Quanto ao Método Canguru, ele é um objetivo do hospital, que está adequando sua estrutura física e pessoal visando à implantação.

Isto posto, é crucial refletirmos que as ações fonoaudiológicas junto à família do bebê pré-termo internado na UTI, são ações benévolas, mas não partem de uma investigação científica sobre os fatores que compõem a relação mãe-bebê em toda sua complexidade.

Considerando-se que a mãe é partícipe na constituição do bebê como sujeito e que sua relação com o filho é especialmente importante na formação e potencialização do “*self*” dele, possibilitando inclusive a emergência da linguagem oral - foco de interesse da Fonoaudiologia - cabe a exposição de um capítulo que trate exclusivamente desta questão.

4 - O AMADURECIMENTO PSÍQUICO DO BEBÊ: CONDIÇÕES PARA A EMERGÊNCIA DE SUA LINGUAGEM

Considerando que a especificidade da atuação fonoaudiológica em relação aos bebês prematuros, internados numa Unidade Intensiva, é quase sempre voltada para o aspecto somático, e que as investigações fonoaudiológicas a respeito da relação mãe-bebê ainda são incipientes, faz-se necessário apresentar este capítulo.

O objetivo destas reflexões é colocar a mãe em cena e expor sua função de facilitadora do amadurecimento emocional do bebê, principalmente no que concerne à constituição do seu “*self*”. Isto implica em abordar como a escolha do bebê por objeto de amor e, portanto, objeto de devoção materna, favorece o envolvimento sensorial de ambos, com repercussão na emergência da linguagem corporal e vocal. A concepção teórica aqui adotada é a abordagem de Winnicott sobre os primórdios do Desenvolvimento Emocional.

4.1 Nascimento físico e psíquico do bebê

É possível afirmar que o nascimento é um acontecimento que separa dois períodos muito importantes na vida dos seres humanos. Tais períodos podem ser considerados como dois períodos gestacionais, os quais são intrínsecos ao “continuum” de amadurecimento do bebê. No período anterior ao nascimento, houve a concepção do feto. Em algum momento na vida dos pais, o bebê começou a existir mentalmente, e quer seja consciente ou não, à concepção mental segue-se a concepção física, sem a qual o bebê permaneceria apenas como possibilidade de existir (Winnicott, 1990 a; 2000).

A partir dessa concepção física as células se multiplicam rapidamente, os órgãos começam a se diferenciar, até que ao final de 38 semanas gestacionais, todos eles estarão, *a priori*, suficientemente desenvolvidos e maduros para a adaptação à vida extra-uterina. Neste percurso, até que o feto nasça, ele dará sinais de vida ao se movimentar no meio aquático e encontrar os limites impostos pelo tamanho uterino. Serão estes limites que permitirão à mãe confirmar que, alojado em si há um novo ser, que também faz parte de si. Para a mãe há uma evidência concreta de trazer consigo um ser humano, fato que lhe trará profundas mudanças de ordem física

e emocional. Por outro lado, a existência da mãe para o bebê é fundamental. É ela quem oferece seu corpo como abrigo para ele, e lhe dá sustentação respiratória e nutricional via placenta. É a mãe, e somente ela, quem fornecerá, intra-uterinamente, as condições essenciais para o desenvolvimento, crescimento físico e adaptação do bebê após o nascimento.

É chegado então o momento do parto. Este pode ser definido como uma passagem; o caminho que precisa ser percorrido pelo bebê para o encontro com o meio externo. O parto inaugura o início do segundo período gestacional: a gestação de ordem psíquica do bebê, cujo alicerce é a estrutura orgânica saudável, principalmente no tocante à constituição e funcionamento do sistema nervoso.

Um olhar atento ao período pós-parto imediato e subsequente, permite-nos tecer várias considerações a respeito do que se passa com a mãe, com o bebê, e em última instância, com a dupla mãe-bebê. Passado o cansaço e as atribuições inerentes ao trabalho de parto podemos ver a mãe com seu bebê aos braços. É certo que em algumas maternidades não existem alojamentos conjuntos, entretanto, na melhor das hipóteses, quando nasce um bebê encontramos sua mãe cuidando dele.

Os cuidados maternos diários permitem constatar que a mãe compreende como ninguém seu bebê. Por reconhecê-lo como seu objeto de amor, ela sabe o momento exato de pegá-lo, banhá-lo visualmente, niná-lo e acarinhá-lo. Ela sabe quando seu bebê chora de fome, de sono, de dor; e sabe, com muita perspicácia, quando conversar com ele e quando simplesmente acalmá-lo com o cantarolar de alguma melodia, já ouvida pelo bebê quando ainda vivia no interior do útero. A sutileza materna nos cuidados com seu bebê é de total admiração. Tal sutileza de percepção se inicia durante o período gestacional, a partir das lembranças inconscientes da mãe sobre a época em que “ela” era um bebê e necessitava de cuidados. Nesse contexto, a mãe traz consigo experiências que serão importantes quando ela se relaciona com seu filho, uma vez que ela já foi um bebê e já ocupou o lugar de mamãe em várias brincadeiras infantis (Winnicott, 1990 b; 2002).

A esta capacidade materna de compreender seu bebê, Winnicott (1990 b; 2002) definiu como “*Preocupação materna primária*”, uma condição psicológica transitória iniciada em algum momento da gestação, que se acentua no decorrer dela, permanecendo por alguns meses após o parto. De fato, quem acompanha a gestante percebe que a sensibilidade dela torna-se mais intensa a cada

dia, e que ao final do período gestacional seu interesse é quase que exclusivamente voltado para o feto (Winnicott, 2000). Quando o bebê nasce, a mãe encontra-se em estado de fusão emocional a ele, de tal forma que ela se torna seu suporte egóico: a mãe ocupa o lugar do ego do bebê, o qual, neste momento encontra-se em fase de constituição, e faz por ele uma transação com a realidade, provendo o que seu filho necessita. Entende-se aqui o quanto é importante para o bebê que a mãe vivencie a “*Preocupação materna primária*”, pois como seu suporte egóico ela compreende suas necessidades e age no sentido de satisfazê-las (Winnicott, 1975 a).

Esta mãe, denominada por Winnicott (2002) de “*suficientemente boa*”, é a única capaz de apresentar o mundo ao bebê de uma forma gradativa e que lhe faça sentido. O mundo que chega ao bebê é o ambiente oferecido pela mãe, dosado na medida em que ele necessita, e inclui desde o acolhimento emocional até os cuidados físicos, denominado por Winnicott (1990 b; 2002) de “*holding*”. O “*holding*” em sua forma emocional é oferecido ao bebê desde sua concepção mental por parte da mãe e flui a partir do nascimento, quando ela se coloca disponível, devotando-se, sustentando-o e sendo seu suporte egóico. O “*holding*” em sua dimensão física satisfaz as necessidades fisiológicas do bebê e também o protege, pois perpassa pela consideração da sensibilidade cutânea dele, a saber: tato e temperatura; sensibilidade auditiva, visual, odorífera; e sensibilidade ao risco de queda (Winnicott, 1990 a; 1990 b; 2002). Um exemplo disto é o fato da mãe pegar o bebê do berço com cuidado (para não acordá-lo abruptamente), falar baixinho com ele (para não assustá-lo), levá-lo ao colo, olhá-lo e oferecer seu seio, promovendo o contato corporal (calor corpóreo) e a saciedade. Agindo assim, a mãe está se envolvendo sutilmente com seu filho, via sensorialidade, e satisfazendo suas necessidades fisiológicas, imprescindíveis para a sobrevivência. Entretanto, a importância da mãe vai além disto, uma vez que ela potencializa as condições para o bebê desenvolver seus recursos psíquicos herdados (Winnicott, 1990 b).

O potencial herdado para as funções psíquicas é denominado de “*self unitário*”, um “*self*” rudimentar cuja função é integrar psiquicamente as experiências pulsionais e sensoriais vividas pelo bebê. A integração psíquica, por sua vez, culmina com a elaboração imaginativa das funções corporais e do acúmulo de memórias corporais, permitindo ao bebê alcançar uma imagem unificada de si, ou seja, o bebê alcança a noção de sua existência (EU) e a noção da existência dos outros (Não-EU) (Winnicott, 1975 b; 1988; 1990 a; Abram, 2000).

Este ambiente oferecido pela “*mãe suficientemente boa*” contribui para a constituição do Eu do bebê, porque não interrompe sua “*continuidade de ser*”, uma condição psíquica trazida ao nascimento podendo ser designada como uma “linha de vida”, uma “*continuidade de ser*” no tempo e no espaço, porque o bebê nasce com uma incipiente noção de si. O “*holding*” se constitui num ambiente confiável e seguro para o bebê, mantém sua “continuidade de ser”, permitindo-o seguir em direção à integração psíquica, que é a saúde mental. Isto posto, é importante considerar que o “*holding*” pode não se constituir em um ambiente seguro para o bebê, porque nem todas as mães conseguem ser “*suficientemente boas*” para seus filhos. Isto tem profundas implicações emocionais e requer um detalhamento especial (Winnicott, 1990 a, 1990 b).

Lembremos que o bebê é um ser humano frágil e absolutamente dependente emocional e fisicamente da mãe, que se constitui no seu primeiro ambiente. Apesar de ainda não ter alcançado a noção de sua própria existência e da existência do outro, ele traz ao nascer uma incipiente noção de si mesmo, uma “continuidade de ser”, conforme já exposto. Essa “continuidade” é mantida pelos cuidados maternos adaptados ao bebê, porque a mãe, ao acolhê-lo, provê o que ele necessita, evitando que ele perceba suas necessidades. O fato do bebê não perceber suas próprias necessidades é muito importante na fase da dependência absoluta, porque ele não tem condições psíquicas de compreender esta percepção. Assim, o bebê tem a oportunidade de continuar amadurecendo psiquicamente em direção à integração, uma vez que o suporte egóico materno fortalece ego do bebê e protege o “*self*” que está em fase de constituição. Mas falhas de adaptação materna, portanto falhas ambientais, como a ausência de sustentação emocional por período além do suportável, são possíveis na relação mãe-bebê, porque nem todas as mães se constituem como “*suficientemente boas*” para seus filhos. Quando as falhas ambientais são recorrentes, elas interrompem a “*continuidade de ser*” do bebê, e isto lhe traz profundos desajustes de ordem psíquica (Winnicott, 1990 a, 1990 b, 2002).

Tais falhas são denominadas por Winnicott (1990 b) de “*intrusão*”. A “*intrusão*” não é percebida pelo bebê como uma interrupção no acolhimento oferecido pela mãe; ela é sentida como “*ameaça de aniquilamento*”, em outras palavras, ameaça a sua possibilidade de integração psíquica, porque o núcleo do “*self*” foi invadido. Isto significa que o ambiente falho não é sentido como confiável o suficiente para assegurar ao bebê sua possibilidade de existir. A “*intrusão*”, por gerar “*ameaça de aniquilamento*”,

causa no bebê uma ansiedade muito primitiva, como a sensação de retorno a um estado de total ausência de “*integração*”, sensação de “*cair para sempre*”, e sensação de não conseguir “*habitar seu próprio corpo*”. Isto ocorre num momento de extrema fragilidade psíquica do bebê, antes de uma integração psíquica suficiente que o possibilite experimentar a ansiedade primitiva e compreendê-la.

O bebê, por estar a mercê do cuidado materno, está também a mercê da “*intrusão*” e ao senti-la, reage. O bebê reage à “*intrusão*” organizando defesas psíquicas a fim de evitar que a ansiedade primitiva volte a ser sentida, o que compromete a capacidade de integração psíquica, repercutindo em dano à saúde mental. Exemplos destas defesas são as distorções na constituição do ego do bebê, que são a base das características das personalidades esquizóides; e a organização do “*falso self*”, uma derivação do “*verdadeiro self*” que tende a ocultá-lo e protegê-lo das falhas ambientais, a partir da submissão e complacência em relação ao meio. Assim, ao invés do bebê amadurecer psiquicamente em direção ao sentimento de ser real, interagindo saudavelmente com um meio que lhe é confiável, ele pode desenvolver uma sensação de irrealidade e futilidade existenciais (Winnicott, 1990 a, 1990 b, 2002; Abram, 2000).

Estas colocações evidenciam que o alcance da integração psíquica não se restringe ao funcionamento somático saudável, em especial o cérebro, o qual estoca experiências e memórias corporais. É necessário um outro que se ofereça ao bebê, que o envolva sutilmente através do toque, da voz, do olhar afetivo, do odor, e que por isso, se constitua como sustentador do bebê, facilitando a gestação emocional dele. Este suporte, como vem sendo dito, é a mãe. É ela quem ocupa mais uma vez um lugar central, pois sendo imprescindível para gerar o corpo físico do bebê, ela também é para o desenvolvimento emocional dele, por oferecer experiências integradoras do “*self*” através da sensorialidade inerente ao ambiente de “*holding*” (Winnicott, 1988).

Olhar e tocar o bebê, algo que ocorre desde o nascimento, merece uma exposição mais detalhada, porque ambos podem desencadear um processo psíquico importantíssimo denominado por Winnicott de “*Personalização*” (Winnicott, 2002).

Ao nascer, o corpo do bebê é o alvo de atenções, sendo banhado com os olhos e com as mãos maternas. Para Winnicott (1975 b) o olhar materno afetivo acolhe o bebê e o alimenta emocionalmente, pois reconhece como filho. Isto significa

que o bebê se vê reconhecido através do olhar materno, porque o rosto da mãe reflete o que ela vê nele. Ele tem a oportunidade de se sentir real, reconhecido como alguém importante, portanto, começa a descobrir sua própria existência.

Ao ser banhado com o toque a mãe, disponível afetivamente para seu filho, se deleita com a estética que está ali, acessível a qualquer momento. O corpo do bebê é testemunha, via pele, das experiências agradáveis e desagradáveis, por apresentar inúmeros receptores sensoriais capazes de captar estímulos de calor, frio, pressão, dor e prazer. A pele, que é uma roupagem contínua e flexível que nos envolve por completo, tem importante papel desde sua diferenciação intra-uterina. Ela teve a capacidade de resistir à absorção demasiada de água de seu meio líquido, e precisou responder adequadamente às mudanças químicas, neurais e de temperatura. Por isso, não é de se estranhar que a pele consiga constituir muitas respostas adaptativas a um meio ambiente mais complexo do que aquele exposto no útero (Montagu, 1988). Isto significa que, enquanto a morada do bebê ainda era o útero, a pele já passara por inúmeras experiências, as quais ficaram registradas em sua memória corporal, e o bebê começara a organizar um modo de lidar com elas. Entretanto, no meio extra-uterino, que é um berço de sensações, a pele possibilita o desdobramento reflexivo do ego, porque apresenta uma bipolaridade tátil que fornece uma percepção interna, que diz respeito a uma leitura psíquica, e outra externa, que define as características do estímulo apresentado (Freud, 1923; Montagu, 1988). Da congruência das experiências táteis sentidas pelo bebê com a característica bipolar da pele, e com a experiência de ser visto e reconhecido pela mãe, ocorre gradualmente a “*Personalização*” do bebê: a gradual sensação de que seu corpo se constitui nele mesmo. Sendo assim, o bebê alcança os primórdios da consciência de si, pois seu ego está se constituindo, capacitando-o a perceber que seu sentimento de “*self*” está centrado no interior de seu corpo (Winnicott, 1988; 2002).

No período em que a mãe está adaptada ao seu filho, sendo-lhe devota, ela interpreta seu choro, os resmungos, sua inquietude ou a apatia como sinais, e lhe apresenta o que precisa encontrar. Dessa forma a mãe oportuniza seu filho à experiência de “*ilusão*”, que na sua essência é uma experiência de “onipotência”. Para o bebê, dentro de suas necessidades, ele mesmo cria e satisfaz, o que culmina no estabelecimento da confiabilidade. É importante ressaltar que por mais que a mãe esteja adaptada ao bebê, permitindo experiências de “*ilusão*”, há pequenas falhas ambientais que dentro do contexto do “*holding*” são absorvidas pela condição

transitória de “*onipotência*” do bebê, o que favorece a manutenção de sua “*continuidade de ser*”. Ocorre que, após alguns meses de adaptação, a mãe vai deixando de ser a cobertura egóica do bebê, porque a “*Preocupação materna primária*” se esvaece. A mãe, que era capaz de compreender integralmente as necessidades do seu bebê e agir de forma a satisfazê-las, começa a falhar nesta compreensão e adaptação. Fato é quando o bebê chora e a mãe demora um pouco mais do que de costume para satisfazê-lo; ou quando ele está com calor e antes da mãe perceber isto, tenta alimentá-lo, por acreditar que seja fome, uma vez que ela está atrasada para dar-lhe o alimento. Com a subordinação a si mesma, vendo-se às voltas com outros interesses que não mais exclusivamente seu filho recém-nascido, a mãe insere pequenas falhas de adaptação que são rapidamente corrigidas por ela, mas se tornam responsáveis pela “*desilusão*” no bebê. Na vivência da “*desilusão*”, não há quebra da linha de “*continuidade de ser*” do bebê porque, neste estágio, há nele a emergência da “*compreensão intelectual*”. Ambos, a “*desilusão*” sentida freqüentemente e a emergência da “*compreensão intelectual*”, instauram o princípio da realidade externa, no momento em que o bebê está em constituição da noção de si (Winnicott, 1990 b). O progressivo afastamento da mãe não implica em abandono, mas numa tomada de distância suficiente para que se abra um espaço entre eles, um espaço intermediário denominado de “*espaço potencial*”, o qual será preenchido por gestos de experimentação (testes de realidade), denominados por Winnicott (1975 b) de “*fenômenos transicionais*”. Esta área intermediária localiza-se entre a “*criatividade primária*” do bebê, que é o processo de “*ilusão*”, e a percepção da realidade. No período da eminência dos “*fenômenos transicionais*”, o bebê utiliza “*objetos transicionais*”: seu punho, uma ponta de cobertor, sons vocais, são uma via de acesso entre a psique e a realidade externa (Winnicott, 1975 b; 1990 a; 1990 b).

Um exemplo da utilização de “*objeto transicional*” é quando, em algum momento de choro por fome, o bebê não recebe o seio (mãe), mas encontra seu dedo e passa a sugá-lo, a fim de apaziguar a tensão de fome. O dedo é um “*objeto transicional*”, é a primeira posse não-Eu, mas de certa forma ainda Eu, porque o bebê está a meio caminho entre a fusão com a mãe e a noção da existência de realidade externa, o que implica a constituição da noção de si. O “*objeto transicional*” inaugura a capacidade do bebê de simbolizar, pois de acordo com o exemplo apresentado, quando o bebê usa o dedo para sugar e saciar sua fome, ele o está usando no lugar da mãe, aquela que provê a sua saciedade (Winnicott, 1975 b). Através do dedo, o bebê

presentifica a mãe que está em vias de ser conhecida como externa a si. Dessa forma, o “*objeto transicional*” possibilita a passagem entre a experiência adaptada da mãe para a perspectiva de que ela já não é mais parte dele; ela é um outro, o não-EU. O “*objeto transicional*” inaugura o primeiro uso que a criança faz de um símbolo, o qual representa sua união com a mãe.

Importante ressaltar que, se o bebê sente necessidade de manter-se unido à mãe e por isso a presentifica, é porque ele tem aumentada a consciência de sua dependência em relação a este meio. Também é válido considerarmos que em seu acesso ao “*mundo real*”, via “*objeto transicional*”, o bebê utiliza seus processos intelectivos, seus recursos sensoriais e também conta com o registro mnemônico das inúmeras experiências corporais proporcionadas pela “*mãe suficientemente boa*”, tida até então como parte dele. Quando o bebê se torna capaz de ver a mãe como um não-EU, o “*objeto transicional*” perde seu significado. Em outras palavras, quando o bebê chega a perceber a realidade, ele não necessita mais de um “*objeto transicional*”. Está instaurada assim a constituição do bebê como um ser capaz de lançar-se no mundo, em direção a sua autonomia. Para isso, como já foi dito, foi necessária a sustentação física e emocional da mãe, que potencializou sua tendência herdada, permitindo-o sair de um estágio de não-integração primária, de uma incipiente noção de sua existência, ao alcance de um “*self*” separado dela (Abram, 2000).

Esta maturidade emocional do bebê, ou seja, o alcance do “*self*” integrado tem implicações do ponto de vista fonoaudiológico, a saber, a possibilidade da emergência da linguagem vocal e oral. Passamos agora a explicar como isso ocorre.

4. 2 A sensorialidade que une mãe e filho: a semântica afetiva

É muito importante resgatar neste momento que desde a concepção mental do feto até sua concepção e gestação física, o bebê recebe da mãe informações de ordem afetiva. Sua presença intra-útero também gera estados e movimentos emocionais maternos de ordem consciente, como sensação de felicidade ou receios, e de ordem inconsciente. A própria vivência da “*Preocupação materna primária*” é um movimento emocional inconsciente: é um movimento “da mãe sobre si mesma, um movimento regressivo amparado pela natureza”, que busca memórias pessoais de primeira infância quanto à questão maternal (Leal 2004. p.151).

Advém o parto e o nascimento físico do bebê, cuja adaptação extra-uterina é amparada pelo crescimento e o desenvolvimento intra-útero. Para a mãe, mudanças físicas e emocionais, bem como a presença do bebê vivo e saudável se inscrevem subjetivamente. Em geral, o bebê é reconhecido como objeto de amor e vai ser investido pelos pais, inicialmente pela mãe, em função da “*Preocupação materna primária*”, conforme vem sendo dito. O acolhimento que se iniciara com o alojamento do bebê no útero, estende-se para o olhar, para os braços, para o seio de onde sai o leite que apazigua a fome, e segue via odor, via voz materna que ora aparece, ora desaparece em meio aos afazeres domésticos, em meio às pessoas que vêm conhecer o bebê. A mãe segura seu bebê no colo, olha-o nos olhos, observa cada detalhe, sustenta-o; muda-o de posição, nina-o; deixa-o a sós ou afaga-o em seu corpo quente, que o inebria com o odor de mãe. Ela o beija e lambe, como as gatas lambem suas crias. Mãe fala, ora muito, ora pouco, e, portanto, fala com ele e fala por ele, dando sentido ao seu resmungar, ao seu suspirar e ao seu silêncio. A mãe envolve seu filho numa linguagem corporal que se configura numa comunicação silenciosa de estados afetivos, conscientes e inconscientes, que estão intrinsecamente ligados à habilidade materna de identificar-se com seu bebê, por meio da “*Preocupação materna primária*” e dedicar-se a ele (Winnicott, 1990 b; 2002). Esta comunicação silenciosa constitui-se numa semântica afetiva que é indissociável do “*holding*” oferecido ao bebê. Neste processo de maternagem, os gestos do bebê, que intra-uterinamente já eram lingüisticamente concebidos e, portanto decifrados, continuam sendo concebidos pela mãe como significantes à procura de significado. Diariamente, o bebê está imerso na comunicação via sensorialidade, que mediatiza mãe e filho e que sustenta sua “*continuidade de ser*”. Mãe e filho estão em trânsito, afetando e sendo afetados, sem que o bebê, por sua imaturidade psíquica inicial, saiba disso (Winnicott, 1990 a; 2002; Dolto, 1996).

Sabe-se que a mãe filtra o mundo que chega ao bebê. Entretanto, o mundo se faz presente por seus diversos odores, tão diferentes daquele emanado pela mãe; por seus sons com intensidade variada, sons agradáveis ou ruidosos e, inevitavelmente, preenchido de sons humanos. Há o barulho proveniente da rua, dos objetos arrastados ou que sofreram queda; há portas que batem, há o vento que assobia na orelha do bebê e também existe o barulho da água que lava roupa e que enche a banheira. Mas há a voz materna, já percebida intra-útero, voz essa que modula a intensidade e que se dirige ao bebê em diversos momentos.

É necessário explicitar que o gesto vocal materno, em geral, está associado o gesto físico, que afeta o bebê principalmente nos momentos de satisfação de necessidades. Se o bebê é alimentado pelo seio, ele é chamado quando ouve a mãe desabotoar os botões da blusa, por exemplo, ou quando a mãe lhe dirige tons melódicos rotineiramente. Se o bebê é alimentado com auxílio da mamadeira, é comum ouvir antes da alimentação os barulhos provenientes da cozinha que indicam a chegada daquilo que apazigua sua fome. À distância, a mãe conversa com o bebê, fala de seus planos, sorri, briga até, mas está constantemente dirigindo-lhe gestos sonoros, os quais também emergem do bebê. A mãe tem a importante função de aceitar os gestos corporais e vocais do filho, inferir-lhes significado e *status* intencional e disponibilizar-se.

Os sons utilizados pelo bebê merecem especial destaque, porque é de interesse da Fonoaudiologia compreender melhor como e por que a linguagem vocal emerge, transformando-se em linguagem oral.

4.2.1 O gesto vocal do bebê: do interjogo à linguagem oral

Retomando os sentidos da sensorialidade constituída a partir da mãe-bebê, é válido considerar que além das sensações oferecidas pela mãe, há aquelas geradas pelo próprio bebê, sem que necessariamente haja intenção num primeiro momento. Para elucidar melhor, tomemos a experiência de entrada e saída de ar do bebê via glote, onde estão as pregas vocais. Desde seu nascimento, o bebê mobilizou as pregas vocais durante o choro, presente diariamente em diversas circunstâncias. Com o crescimento e a maturação, ele tem inúmeras possibilidades de utilizar seu aparato fonatório, principalmente pela sensação que isto lhe proporciona e que se inscrevem subjetivamente nele.

Ocorre, porém, que a mãe envolve o bebê com sons vocais, numa fase em que ele direciona seus processos intelectivos, seus recursos sensórios e sua memória corporal para a testagem da realidade. Tais sons passam a se configurar para ele como extensões perceptíveis da presença materna, ao mesmo tempo em que os sons do bebê, emitidos por prazer, são elevados ao *status* de gesto vocal pela mãe. Dessa forma, a mãe captura o bebê por meio da voz e dá significado aos sons emitidos pelo bebê, oferecendo-lhe como resposta um gesto físico e/ou sonoro (Dolto, 1996; Matteo, 2001). Instaura-se uma brincadeira entre ambos, um interjogo. Uma vez

inserida a vocalização, o bebê passa a usar o gesto vocal tanto para chamar a mãe quanto para simbolizar sua presença. Os sons presentes neste interjogo se constituem como elementos lingüísticos, porque através da sensorialidade, que vivifica o *self* do bebê, a mãe introduziu a possibilidade da relação sonora significativa. Tais sons se inscrevem no bebê da mesma forma que o arrulho, os gritinhos e o balbucio têm sentido para ela; os gestos vocais para ambos se inserem na área intermediária como “*objetos transicionais*”, que promovem o paradoxo da ligação mãe-bebê ao mesmo tempo em que há separação dos “*selves*”.

A vivência da relação sonora, que é orientada e apoiada pela mãe, implica gradualmente no deslocamento do uso de sons quaisquer de apelo ou presentificação materna, para sons mais organizados, os fonemas. Esse deslocamento não se faz ao acaso: está intimamente ligado ao eco verbal da mãe, às atitudes que acompanham e que dão sentido ao som, como por exemplo, a emissão da palavra “papá” todas as vezes que a mãe dá o alimento. Essa linguagem vocalizada, significativa para ambos, alcança o *status* de linguagem oral e é passível de retornar para circular entre mãe e filho. Diariamente, ambos incrementam a linguagem oral nos diversos momentos rotineiros dos cuidados, linguagem esta que também será trazida pelos familiares e pessoas que se relacionam com o bebê (Dolto, 1996).

O bebê acolhido pela mãe dedicada e adaptada às suas necessidades, é envolvido na semântica afetiva que possibilita seu desenvolvimento emocional, o qual culmina no alcance da noção da realidade, como não-Eu. Este bebê, que se sente real, animado pela mãe, ingressa na simbolização vocal e oral a partir da linguagem corporal, que ora a suscita, ora cala. E tudo isto porque a mãe estava lá, emocional e fisicamente com seu bebê (Matteo, 2001).

5. MÉTODO

Estudar a mediação fonoaudiológica como uma forma de intervenção facilitadora da relação mãe-bebê é a proposição desta pesquisa de caráter descritivo. Como procedimento foi utilizado o Estudo de Caso, porque de acordo com Gil (2002), ele permite a análise de fenômenos dentro de um contexto da vida real.

Os sujeitos participantes foram duas mães de recém-nascidos pré-termo, internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital das Clínicas “Samuel Libânio” de Pouso Alegre/MG. As mães foram escolhidas a partir de um único critério, o da ida freqüente à Unidade.

Esta seleção ocorreu da seguinte forma: no início da coleta de dados, janeiro de 2004, eu freqüentava voluntariamente a UTI todas às tardes, e por isso encontrava os pais no horário de visita aos filhos. Isto me possibilitou observar quais mães freqüentavam assiduamente a UTI, no mínimo duas vezes por semana, quais apareciam ocasionalmente, às vezes de 15 em 15 dias, e quais os bebês cujas mães nunca visitavam. Levando esta questão à equipe de Enfermagem fui informada que aquelas mães que não apareciam no horário de visita, freqüentavam a Unidade no período da manhã, pois dependiam do transporte diário oferecido pelo município de domicílio. Dessa forma, disponibilizei-me a freqüentar a UTI também no período da manhã, época que coincidiu com minha contratação, abril de 2004.

Como de rotina, circulava de leito em leito para identificar-me e explicar como era desenvolvido o trabalho fonoaudiológico de assistência à alimentação aos bebês, e quais os cuidados em relação à audição deles. Explicava-lhes que sua presença era muito importante para o acompanhamento da evolução clínica do filho e convidava-as a acompanharem o trabalho que eu desenvolvia. Após esta explicação, informava a mãe em linhas gerais sobre a pesquisa e a convidava a participar. Muitas mães não aceitaram, sendo que algumas se justificavam afirmando que “estavam muito tristes” ou “muito nervosas”, “sem cabeça pra nada”.

As duas mães que aceitaram o convite conversaram individualmente comigo após a visita aos filhos, para que não houvesse prejuízo no encontro mãe-bebê, nem interferência no atendimento fonoaudiológico. Neste encontro, expus o objetivo da pesquisa e apresentei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi lido, analisado e assinado em duas vias. Uma via permaneceu com a mãe e a

outra comigo. Nesta conversa uma das mães explicou, espontaneamente, que participaria deste trabalho, porque ela tinha esperança de ajudar outras mães de bebês prematuros, a partir dos conhecimentos gerados por ele. A outra mãe não se manifestou.

Avisei as mães que a partir de nosso próximo encontro eu estaria junto delas quando estivessem perto das incubadoras. Nestes encontros, eu ofereci a elas “acolhimento”, ao mesmo tempo em que observei os movimentos de expressão relacional dela com seu bebê, e comigo. Entenda-se por “acolhimento” o oferecimento de escuta às mães em suas angústias e receios, e informações solicitadas por elas. Também foram utilizados os recursos técnicos fonoaudiológicos, a saber: o posicionamento correto do bebê; o oferecimento de estímulos odoríferos e gustativos, a eliciação de reflexos de alimentação e de defesa, Sucção Nutritiva através de técnica sonda-dedo, a Sucção-Não-Nutritiva, oferecimento do toque prazeroso, abertura suave da portinhola da incubadora e o controle de luminosidade, através do uso do black, recursos inerentes à atuação na UTI voltada para os bebês. Todos os encontros foram registrados por áudio-gravação, seguindo princípios éticos. Do material gravado foram retidos os aspectos mais relevantes, os quais foram articulados com as considerações da literatura e analisados a partir de suas perspectivas fundamentais, a saber, a relação mãe-bebê mediada pelo fonoaudiólogo, e favorecida pelo uso dos recursos técnicos fonoaudiológicos.

Importante ressaltar que a identidade das mães foi preservada, sendo utilizados nomes fictícios durante a apresentação dos registros nesta dissertação.

6. EM CENA: AS MÃES E OS BEBÊS

Uma vez discutidas as asserções que colocam a mãe como partícipe fundamental dos primórdios da formação psíquica e de linguagem da criança, passamos a expor exemplos que revelam como esta relação se institui no ambiente da UTI Neonatal e Pediátrica.

6.1 A história de Eva e José

Eva é mãe de José, nascido em 10/01/2004, com idade gestacional de 24 semanas e 2 dias. Seu peso ao nascimento era 1.150g.

José é o quarto filho de Eva. O mais novo não tinha um mês quando ela engravidou. A descoberta desta nova gestação foi um susto: quando Eva foi ao posto de saúde para receber anticoncepcional injetável, o teste rápido para gravidez acusou positivo. Ela “queria morrer”. Ao chegar em casa, o marido esbravejou e “quase voou no seu pescoço”, e por não haver “mais o que fazer”, esperaram nascer. O mais novo, agora com 8 meses, ainda era amamentado, o que levava Eva a dividir seus horários entre os dois bebês. Eva afirmou que amamentou todos seus filhos.

Para estar com José, Eva contratou uma pessoa para ficar com outros filhos, mas era imperioso seu breve retorno para casa.

Quanto ao encontro mãe-bebê na UTI, Eva falou que fôra algo muito difícil. Não pôde vê-lo logo ao nascimento e por duas vezes esteve na porta da UTI, mas não teve “coragem de entrar”. Quando entrou, acompanhada de uma funcionária do setor, posicionou-se longe da incubadora, olhando José deste lugar “por falta de coragem” para aproximar-se.

1º Encontro

Ao chegar na UTI, no horário de visita, avistei Eva e percebi que ela era nova naquele ambiente. Estava parada a meia distância da incubadora, com o corpo voltado parcialmente para a incubadora e parcialmente para a mesa do médico plantonista. Ela era a mãe de José.

Ao aproximar, cumprimentei-a e identifiquei-me. Eva sorriu discretamente, mantendo-se na mesma postura. Seu olhar ora se fixava na incubadora,

ora por todo ambiente, ora detinha-se no médico. Perguntei se era a mãe de José e ela confirmou, mantendo-se posteriormente em silêncio.

Apesar de seu filho estar na incubadora, ao seu lado, Eva demonstrou corporalmente e através do olhar furtivo, que ocupava um lugar indefinido. Ela não estava com seu bebê, nem estava tão longe dele. Sua inquietude e a tentativa de apropriação em relação àquele novo ambiente ficaram evidentes, quando seu olhar passeou entre as máquinas e as pessoas.

Ao responder que era mãe de José, Eva se distinguiu como mãe de um bebê internado. Ela limitou-se a responder a pergunta, não se mostrando à vontade para continuar a conversar.

Optei por acompanhá-la em seu silêncio. Com seu corpo voltado para o meu, começou a olhar para dentro da incubadora. Agi da mesma forma. Às vezes interrompia o silêncio, falando da quantidade de cabelo de José, de seu sono parecer bem gostoso. Entretanto, Eva permanecia em silêncio.

Acompanhei Eva, em seu silêncio, por respeito e compreensão. Quando ela viu a incubadora, olhou o bebê com certa estranheza, por isso, através das palavras de identificação da aparência de José tento levá-lo até ela, que assumia a posição de espectadora dele. Neste momento, Eva não falava dele, não falava com ele, não o tocava. Ela apenas insinuou um olhar. Eva estava paralisada. Apesar de permanecer em silêncio, minha presença foi percebida, porque ela manteve seu corpo voltado para o meu. Esta postura também apontou para a dificuldade de voltar-se para o bebê, virar-se para contemplá-lo.

Perguntei a Eva se José era seu primeiro filho. Ela disse que além dele tinha mais quatro. E contou sua história de vida.

Procurei abrir espaço entre nós na intenção de ouvi-la. Dessa forma Eva começou a se expressar, o que aumentou nossa intimidade. Eva se sentiu à vontade para falar de sua luta diária para conseguir estar ali.

Estávamos voltadas para a incubadora, o olhar de Eva estava direcionado ao bebê. Perguntei se ela gostaria de tocá-lo. Ela sorriu discretamente e se negou, dizendo não ter “coragem”. Virou-se totalmente para a incubadora, afirmou ter receio de tocá-lo, pois ele era muito pequeno, diferentemente de seus outros filhos, além do que estava cheio de fios, cuja função não sabia.

À medida que conversávamos, Eva mudou de postura, virando-se totalmente para a incubadora, o que lhe possibilitava melhor visão de José. Convidei-a mais uma vez para tocá-lo, mas ela não se dispôs. Apesar de Eva olhar para seu bebê, ela ainda não o reconhecia como objeto de amor. Ela

ocupava a posição de espectadora, que tinha medo de tocar um corpo “estranho”, pequeno, muito diferente dos outros filhos gerados por ela. José era bem diferente do esperado.

Os aparatos (fios e sondas) também lhe causavam receios porque nunca fizeram parte da história de seus filhos e ela não sabia para que serviam. Aqui ficou evidente a dificuldade da mãe em acolher seu filho e se disponibilizar a ele. Entretanto, se os fios e sondas distanciavam mãe e filho tatilmente, por outro lado, a presença destes aparatos suscitava na mãe a vontade de saber por que seu filho precisava deles.

Ao ouvir a mãe afirmar sobre seu desconhecimento sobre a função dos aparatos utilizados em José, optei por explicar. Eva ouvia atentamente minhas explicações, mas continuou negando-se a tocá-lo.

Os fios causavam estranheza à mãe, ao mesmo tempo em que lhe suscitava interesse. Ao oferecer acolhimento à mãe explicando a função dos aparatos, tentei favorecer a diminuição da distância instaurada entre mãe e filho. Entretanto, as informações técnicas oferecidas não foram suficientes para aproximar mãe-bebê através do toque.

Diante da dificuldade materna tomei a iniciativa de tocar em José primeiramente, afirmando que, se ela quisesse, poderia fazer o mesmo depois. Eva concordou, apesar de demonstrar muito receio.

Na posição de mediadora entre mãe e filho, coloquei-me como uma via de acesso, de forma a minimizar os temores maternos e a fortalecer sua confiança em mim. A concordância de Eva foi um gesto concreto em direção ao encontro com seu filho, até então muito temido.

Após a assepsia manual rotineira, abri suavemente a portinhola da incubadora, explicando à mãe o cuidado com o nível de ruído. Toquei a mão de José e observei Eva contraindo muito a face e os olhos.

Ofereci à mãe informações sobre os cuidados fonoaudiológicos quanto à audição dos bebês, chamando-a em direção ao seu filho e solicitando sua disponibilidade através do cuidado com a audição dele, pela abertura suave da portinhola. Quanto à opção de tocar a mão de José, e não outra parte de seu corpo, fôra porque ela estava mais próxima da portinhola e favorecia o primeiro contato. Ao contrair sua face, Eva explicitou o medo, o temor em relação ao seu bebê.

Olhei para Eva e convidei-a a fazer o mesmo. Eva ergueu sua mão direita muito lentamente, ultrapassou a portinhola e parou. Estava suando, tremendo,

apertava os olhos e sorria nervosamente. Segurei sua mão e a conduzi próxima à mão de José, respeitando seu ritmo, mas ela manteve-se paralisada.

Ao convidar Eva incentivei-a a ir em direção a seu filho, numa tentativa de mostrar-lhe, inclusive, que não havia riscos em tocá-lo. O fato de ultrapassar a portinhola pode ser compreendido como o início de um caminho a ser percorrido para acolher o bebê. Eva parou, porque entre ela e o filho havia muito medo e receio; havia insegurança, nervosismo. Fui ao seu encontro para sustentá-la, oferecendo-me como apoio físico e emocional, acolhendo-a em seu temor para auxiliá-la na aproximação através do toque.

Ao perceber Eva suando muito e tremendo, disse que se ela não quisesse continuar, não seria necessário. Poderíamos tentar em outro dia. Eva, ao me ouvir, retirou sua mão da incubadora e eu a acompanhei, pousando a minha mão em seu ombro.

Minha sintonia com a mãe ajudou a perceber o quanto é difícil para Eva estar com seu bebê, por isso a proposta de continuarmos em direção a ele, num outro dia, foi aceita. José ainda não se constituía como seu filho, objeto de amor que demandava seu reconhecimento e seus cuidados. Ele ainda era para ela intocável, estranho. Ao tocar no ombro de Eva procurei acolhê-la, demonstrei sem palavras que ela não estava sozinha.

Eva respirou fundo e se aproximou do bebê, sozinha; pousou sua mão próxima a de José, mas não a tocou.

O acolhimento oferecido até aquele momento ajudou Eva a superar seus receios, mesmo que momentaneamente, o que abriu espaço para fluir seu desejo de aproximar-se de seu filho. Seu limite, porém, foi chegar perto de José sem tocá-lo.

Eva se manteve em silêncio e eu a acompanhei. Depois, afirmei-lhe que tocar no seu bebê era bom. Ela continuava compenetrada, vagando em seus pensamentos e olhando para José. Após certo tempo, ergueu sua mão, que estava posicionada ao lado da mão do seu filho, e tocou vagarosamente dedo por dedo, pousando sua mão sobre a dele.

Eva pôde, então, estar com José; senti-lo. Esse foi o início da sua relação corpórea com seu bebê, relação esta que é inaugural da vida humana. Suas ações lentificadas traduziram a duração de seus receios. Seu toque, dedo por dedo, era exploratório e quando, por fim, seus receios se abrandaram, Eva conseguiu lidar com a mão toda de seu filho, acolhendo-a.

Eva passeava o olhar por todo corpo de José. O toque era bem leve, porém freqüente. Mantive-me em silêncio, observando a ausência dos tremores e do suor, e após alguns minutos sugeri que Eva tocasse em outros membros de José, mas ela se negou e rapidamente retirou sua mão.

Eva começou a olhar de fato para José. Já não era um olhar fortuito, fugidio, exploratório: era um olhar para alguém. José passou a ser visto pela mãe, a ser reconhecido por ela. A apropriação através do toque dissolveu, naquele momento, os receios e isto foi perceptível pela ausência do tremor e do suor. Por supor que essa apropriação tátil mobilizaria Eva a se dedicar a José, incentivei-a a tocá-lo em outros membros. Entretanto, minha sugestão fez emergir o receio materno e a afastou da criança. A fragilidade desta incipiente relação era evidente, e os temores ainda estavam à frente do desejo de estar com o filho.

Considerarei importante incentivar sua vinda a UTI para visitar seu filho e estar com ele. Coloquei-me a sua disposição para ajudá-la a se aproximar de José.

Por reconhecer a dificuldade materna de apropriação de seu filho - de dedicar-se a ele - e para dar continuidade ao encontro mãe-bebê, incentivei Eva a vir com mais freqüência e coloquei-me à disposição.

Eva me ouviu atentamente, em silêncio. Não fez nenhuma pergunta. Considerarei que este era o momento de deixá-la a sós com seu bebê, portanto, pedi licença para ausentar-me. À distância observei Eva de olhos fixos em José. Após alguns minutos ela se ausentou para a ordenha, pois deixava leite para ele a cada ida à UTI.

2º encontro

Em nosso segundo encontro, Eva mostrou-se menos tensa, sorrindo, quando cumprimentada. Estava mais próxima da incubadora do que a primeira vez que a vi, e olhava José, apenas o José, sem desviar o olhar para o ambiente da UTI.

Questionei-a sobre o medo relatado no nosso primeiro encontro, sentimento este que fôra verbalizado várias vezes e que emergia constantemente, paralisando-a. Eva me disse que ela ainda sentia um pouco de receio e que, por enquanto, “não tinha coragem” de tocar em José.

Eva estava mais acessível a mim e ao filho, o que possibilitou nossa aproximação e assim, o fortalecimento da confiança no profissional que se dispôs a acolhê-la em sua dificuldade de maternar o bebê.

Ao afirmar ter menos medo mas que ainda não tinha coragem de tocá-lo, parecia apontar para o reconhecimento de sua disponibilidade como mãe. Ao expor sua condição emocional, me pareceu um apelo à ajuda, afinal intermediei o primeiro encontro com José. Este apelo caminhava ao lado de uma postura corporal que também denunciava sua dificuldade de se aproximar. Entretanto, através do olhar, ela já estava mais próxima do filho.

Ao ouvi-la sobre a ausência de coragem para tocar seu filho, perguntei se queria que a ajudasse e ela concordou. Antes que eu tocasse nele, Eva continuou olhando-o, sempre quieta. Acompanhei-a no silêncio e depois comecei a falar-lhe das características físicas dele, inclusive chamando-o pelo nome. Eva sorriu discretamente, mas continuava em silêncio.

Reconheci o gesto de apelo e confirmei isto ao disponibilizar-me, tendo por resposta a concordância materna, o que evidenciou a continuidade de seus movimentos em direção ao reconhecimento de José como sujeito, que precisa ser envolvido na sensorialidade. Por vê-la absorvida no contato visual, verbalizei o nome do bebê e suas características físicas – gestos ainda ausentes na mãe. Apesar de Eva continuar quieta, seu sorriso foi indicativo de que me ouvia e me acompanhava.

Após a assepsia rotineira, aproximei-me da incubadora, abri a portinhola e coloquei minha mão lá dentro. Esta minha ação precipitava em Eva reações como sorriso nervoso, sudorese, aperto dos olhos. Mesmo assim, ela ergueu seu braço vagarosamente e ultrapassou com sua mão o limite da portinhola. Peguei sua mão e respeitando seu ritmo, a conduzi até a mão de José. A expressão de tensão e receio estavam presentes, mas não a paralisaram: Eva respirou fundo por várias vezes, suspirou, tocou mão e pulso de José, alisando-os.

O fato de abrir a portinhola precipitava em Eva reações fisiológicas de descontrole emocional, afinal, a portinhola aberta era momento de aproximação, que apesar de ser mais freqüente, ainda lhe era difícil. Entretanto, não precisei convidá-la verbalmente para tocar José, apesar de ainda ser necessário conduzi-la. Eva já não estava paralisada em seus receios e medo, por isso foi em direção a José e mesmo aguardando minha mediação, conseguiu deixar-se inebriar pela empatia ao bebê. Seu gesto de alisar mão e punho era mais do que um gesto exploratório: era realmente carinho!

Retirei minha mão e a coloquei no ombro de Eva. Aproveitei para voltar a falar da aparência do bebê. Perguntei-lhe se ela gostava do fato de ele ser

cabeludo e ela sorriu, dizendo sim. Compreendi haver espaço para continuar falando da aparência de José, de seu sono constante e de seus raros movimentos. Apesar de Eva se manter em silêncio, continuou a acariciar José: já não tremia ou suave. Optei por deixá-los a sós e ela concordou. Eva continuou fazendo carinho em José e após a ordenha foi embora.

Quando observei a sintonia instaurada, os temores maternos dissipados naquele instante e o deleite do toque, optei por apoiar fisicamente a mãe por meio de um toque de acolhimento e de incentivo. Narrar foi uma forma de direcionar o olhar materno para enxergar José como filho que necessitava de seus cuidados, seu acolhimento físico e emocional. O sorriso de Eva confirmou o apaziguamento das tensões.

Ausentei-me: minha presença já não era necessária.

3º encontro

Hoje eu li na ficha de evolução médica que José poderia ser transferido para o berçário, caso houvesse necessidade de vaga na UTI.

Eva chegou quase ao final do horário de visita e aproximou-se da incubadora. Parou, olhou ao redor, me viu, sorriu e eu me aproximei. Perguntei se ela estava bem e ela disse que sim. Disse-me que chegara atrasada por causa do atraso da pessoa que fica com seus outros filhos.

Sua entrada rápida foi uma manifestação de seu interesse pelo filho internado. Ao olhar ao redor, procurava alguém: a médica? eu? Ao me encontrar convidou-me, com seu sorriso, a aproximar-se. Seu atraso apenas por causa de terceiros apontava para sua vontade de vir a UTI, para estar com José.

Eva me perguntou se a médica poderia conversar com ela. Em razão da médica estar na sala de estar, fui até lá para avisar que mais uma mãe havia chegado. Permaneci junto as duas. A médica falou, entre outras coisas, que José estava bem, apesar de ter emagrecido alguns gramas. Eva ouvia a médica em silêncio, sem quaisquer questionamentos. Perguntei à médica sobre a possibilidade de José ser transferido para o berçário, e ela explicou que isto estava condicionado à necessidade de vaga.

Eva procurava pela médica para ouvir sobre as condições de saúde de José, porque cada vez mais ela se disponibilizava para a criança. Mostrava-se cada dia mais acolhedora: parecia se tornar cada vez mais uma “mãe suficientemente boa”, aquela que acolhe o bebê física e emocionalmente,

indo em direção as necessidades dele. Em razão da médica não falar da possibilidade de transferência de José para o berçário, trouxe este assunto à tona para evitar que na próxima visita Eva fosse surpreendida. Minha atitude foi de sustentação materna.

Após a saída da médica, Eva retornou à incubadora com um olhar distante. Acompanhei-a no silêncio e a certa altura, sugeri tocarmos José. Ela sorriu desconcertadamente. Então questionei-a sobre seu medo ao que me respondeu tê-lo, porém de forma menos intensa. Ofereci-me para tocá-lo antes, sugerindo ajudá-la depois, caso quisesse. Ao ouvir meu chamado, Eva começou a suar, a respirar de forma ofegante, a sorrir nervosamente, mas concordou. Nesta hora, José estava posicionado de ventral, diferentemente dos outros dias que ficava ou de dorsal ou decúbito lateral, havendo então oportunidade de tocá-lo nas costas. Enquanto eu tocava as costas de José, chamava sua mãe para o mesmo. Eva vagarosamente adentrou sua mão. Guiei-a até as costas de seu filho e ali ela pousou sua mão. Apesar do tremor e da sudorese, fez carinho em José ao mesmo tempo em que explorava a coluna vertebral e as costelas. Parabenizei-a por ter conseguido.

Ao ouvir a médica falar da possibilidade de José sair da UTI para o berçário, Eva demonstrou-se apreensiva. Apesar de seus temores Eva ocupava um lugar dentro da UTI ao qual estava adaptada, o que favorecia aproximar-se de José. Sair deste ambiente requeria nova adaptação materna, num momento em que a aproximação mãe-bebê ainda se constituía. Ao vê-la pensativa respeitei seu momento acompanhando-a no silêncio, mas a chamei para estar com seu filho, mantendo a mesma seqüência das outras vezes. Eva concordou, mas ainda agia lentamente, no ritmo de seus receios. Necessitou ser guiada e apesar da hesitação costumeira, estava reconhecendo José corporalmente. Membro a membro eram incorporados como parte de seu filho.

Ao perceber sua maior aproximação, sugeri que tocasse as orelhas de José, que estavam bem próximas de sua mão. Apesar da hesitação, Eva foi em direção da orelha de seu filho, num ritmo mais rápido que das outras vezes, e ficou explorando-a, acariciando-a. José se contorcia discretamente, percebendo o estímulo tátil.

Eva continuava a se apropriar física e emocionalmente de seu filho. Apesar de ver os movimentos de José frente ao toque, Eva ainda não os interpretava verbalmente: ela parecia não dar sentido aos gestos de seu filho, o que dificultava a circulação da linguagem entre eles. Talvez as expressões corporais de José lhe fizessem sentido interiormente, mas ela ainda não me havia comunicado isso.

Ao perceber os toques mais firmes, o envolvimento mãe-bebê, optei por deixá-los a sós. Porém, Eva solicitou-me que ficasse: afirmou que só conseguia tocar “nele” quando eu estava perto. Então concordei em permanecer junto deles. O olhar de Eva estava mais direcionado ao filho, mas ela nunca falava com ele, por isso sugeri que conversasse com José. Afirmei que seria bom para ele ouvir a voz da mãe, pois durante o período em que estava intra-útero ele ouvia. Disse-lhe também que sua voz, juntamente com o contato, iria presentificá-la ainda mais. Sugeri abrir a portinhola, posicionar seu rosto e falar com seu filho quando se sentisse à vontade. Eva me escutava em silêncio, mas apesar de explicar-lhe os benefícios do contato verbal, ela não agiu vocalmente. Após alguns minutos, Eva me falou sobre seu desejo de levar José para casa. Ao ouvi-la, questionei-a: - Se ele for para casa e a senhora tiver medo de tocar nele, como vai cuidar? Frente a esta questão, Eva sorriu. Novamente, incentivei-a a visitas rotineiras, deixando claro minha disponibilidade para ajudá-la.

Acolhi a mãe, que se mostrava insegura pela possibilidade de mudança de José para o berçário. Eva progrediu muito em sua aproximação de José, embora permanecesse com dificuldade de acolhê-lo. Manter seu rosto próximo à portinhola da incubadora para falar com o bebê é uma forma de fazer chegar a voz materna ao ouvido do bebê, sem distorções da parede da incubadora. Mas também demanda muita intimidade entre mãe e filho, ainda em fase de conquista para Eva. A explicitação de seu desejo de levá-lo para casa revelou um acolhimento do filho, uma possibilidade de vê-lo como alguém que demandava seus cuidados.

4º encontro

Neste dia Eva chegou para a visita e aproximou-se da incubadora, abriu a portinhola e posicionou sua mão próxima a de José, ora tocando-a ora não.

A atitude de Eva ao entrar na UTI evidenciou sua ida ao encontro do filho, de uma forma espontânea. Sem necessidade de intermediação. Eva conseguiu fazer carinho em seu bebê.

A cuidadora da semana aproximou-se, abriu a incubadora e disse que daria uma injeção no bebê. Solicitou que a mãe mantivesse o bebê quieto, segurando-lhe as costas. Vi Eva com o corpo distante da incubadora, com o braço esticado e a mão sobre as costas de José. Seu rosto também estava virado para o outro lado. Ao observar esta cena, que passou despercebida pela cuidadora, aproximei-me de Eva, que estava suando muito, e perguntei se estava tudo bem. Disse-me que não, que estava nervosa por causa daquela situação. Voltei-me para a

cuidadora e avisei que retiraria a mãe dali. Eva saiu cambaleante, apoiada em mim, e sentou-se ao meu lado no banco próximo. Respirou fundo, acalmou-se e afirmou: -É muito difícil ! A partir daí, Eva narrou sua dificuldade em estar com José, desde seu nascimento.

A condição emocional da mãe não foi percebida pela cuidadora durante o procedimento. Pelo fato de acompanhar e compreender o quanto a proximidade em relação ao seu filho ainda lhe era difícil, acolhi a mãe retirando-a daquela situação. Após este desconforto, Eva desabafou sua história pela primeira vez, confirmando mais uma vez sua confiança em mim.

Após este diálogo e os cuidados de Enfermagem, chamei Eva para ver seu filho. José estava acordado, com olhos abertos e seria a primeira vez que ela veria esta cena. Exclamei este fato e ela serenamente ecoou: “ééé”...

Posicionei-o em decúbito lateral direito, de forma a facilitar a visualização de seu rosto e Eva ficou olhando José. Falei-lhe que observara seu prazer em olhá-lo e ela me disse que gostava de ver os detalhes. Ficamos juntas observando-o: seus olhos abertos, seus movimentos, a boquinha abrindo. Eva ficou assim por bastante tempo.

A resposta materna à constatação de que seria a primeira vez que ela veria seu filho de olhos abertos, foi uma resposta de admiração, de contemplação. José ainda era um bebê pequeno, mas aos olhos maternos preenchidos pelo reconhecimento daquele bebê como seu filho, isto já não tinha mais o mesmo valor de outrora. Agora o olhar, o toque, os gestos corporais de José emergiam para ela. Olhar os detalhes (as características físicas, a expressão corporal do bebê) evidenciou a inebriação materna, o deleite sobre o corpo vivo, que a mãe queria junto de si, em sua casa.

Resgatei a história de Eva quando de sua primeira vinda a UTI. Falei do medo verbalizado por ela logo nos primeiros encontros e da necessidade de saber a função dos fios e tubos. Questionei-a se atualmente era mais fácil lidar com isso, e ela afirmou que era, confidenciando-me que era difícil aguardar a médica passar de leito em leito, para somente depois chegar até ela. Afirmou que era um sofrimento esta espera. Isto lhe dava “aflição, nervoso”. Refere ficar pensando: “Eu não entendo nada do que está acontecendo”... “Vai subindo uma angústia, uma aflição, um aperto no peito”, em razão de esperar para “ver o que a médica vai dizer”. Quando a médica demorava mais em uma mãe do que o de costume, sua ansiedade aumentava. Eva reparou que a médica sempre demorava mais com a mãe do quarto de isolamento.

Considerarei propício refazer o percurso de Eva para ajudá-la a perceber suas mudanças emocionais e, conseqüentemente, sua aproximação de José e sua dedicação maior a ele. Nesse contexto, em que a confiança em mim como profissional e mediadora nos aproximava, Eva falou da ansiedade em ter que esperar. A espera lhe causava aflição porque não compreendia bem o linguajar médico, mas queria compreender se seu filho estava bem. Eva também mudou sua forma de olhar o movimento das pessoas na UTI: no início, seu olhar era fortuito, sem parada, depois, com o apaziguamento de seus receios, e com a maior aproximação de José, Eva passou a observar o movimento do profissional que lhe traria notícias sobre seu filho. Apesar de não entender o que a médica dizia, esta médica detinha o conhecimento sobre a saúde de José, então era preciso ouvi-lo. A ansiedade era tão grande que Eva já tinha observado o tempo da médica junto a cada mãe.

Questionei-a se ela percebia diferenças físicas em José desde sua vinda pela primeira vez na UTI. Ela disse que ele estava mais gordinho.

O que mais chamou a atenção da mãe durante a internação de José parece ter sido sua pequenez, já discutido anteriormente, e sua magreza. Por isso, talvez tenha verbalizado o fato de ele deixar de ser magrinho para ser gordinho. Aqui a aparência física real do bebê pré-termo foi destacado pela mãe, que desde o início falava que o corpo de José era “estranho”. A pequenez do bebê pré-termo é inevitavelmente acompanhada de magreza, e isto a incomodava.

Enquanto a médica não vinha informar a mãe sobre o estado de saúde de seu filho, perguntei se ela queria lhe fazer carinho. Eva concordou. Perguntei-lhe se iria sem mim e ela, sorrindo, meio nervosa, pediu que eu a acompanhasse. Após a assepsia, acompanhamos a cuidadora administrar a dieta via sonda gástrica, fato considerado por Eva como “muito estranho” e que lhe causava aflição. Expliquei a necessidade do uso da sonda nesse momento clínico de José e incentivei-a a vir na UTI para acompanhar a transição da alimentação por sonda para via oral. Então, perguntei-lhe se ainda era lactante e Eva afirmou que seu leite estava secando. Entretanto, afirmou que todas as vezes que vinha a UTI deixava leite para José. Falou que revezava com a amamentação do bebê que estava em casa.

O uso do termo “fazer carinho em José” foi apropriado neste momento em que ele já era concebido como filho que demanda cuidado. Mas, nem sempre, aproximar-se do filho era um gesto espontâneo, como fôra o do encontro passado, em que Eva logo chegou, abriu a portinhola e fez carinho em José, sem minha presença. A alimentação de um filho seu, via sonda, nunca fizera parte do cotidiano de Eva, cujos filhos foram amamentados. Neste contexto, a mãe acrescentou que apesar da baixa lactação, ela fazia questão de oferecer seu leite, mesmo tendo que alimentar seu outro filho. A atitude materna

de cuidados alimentares nestas circunstâncias já fôra observado em outra passagem e veio a confirmar a devoção materna crescente.

Enquanto José era alimentado, a médica se aproximou e conversou com Eva sobre a condição clínica dele, que estava em franco progresso. Quando a médica se afastou ela me disse: “Agora dá para respirar”. Em razão de seu alívio, perguntei se estava disposta a fazer carinho em seu filho, e ela concordou. Abriu a portinhola e colocou sua mão nas costas de José, que estava posicionado em decúbito ventral. Durante o acarinhar de José, afirmei a Eva que observara o quanto ela gostava de tocar nele, incentivando-a a manter o relacionamento através do toque e da visão, que poderia ser acrescido do contato verbal, inclusive durante a alimentação. A cada afirmação minha ela concordava, e acrescentava que estava “superando o medo”. Afirmei-lhe que tocar seu filho ajudava a resolver seus medos e ela afirmou que também percebera isto.

Eva já havia falado sobre sua dificuldade de ouvir o parecer médico e hoje expressou o quanto a espera por informações a deixava em suspense, paralisada. Quando ela afirmou que após as informações podia voltar a respirar, quis dizer que por receber boas notícias se sentia melhor. Percebendo seu alívio a chamei para estar com seu filho, e ao mesmo tempo em que ela o acariciava, resgatei sua história de sensações boas em relação a José.

Considerando não haver problemas na aproximação sensorial durante a alimentação, incentivei a mãe neste sentido. A sensorialidade veio se confirmando como um caminho de aproximação mãe-bebê.

Eva confidenciou-me que não tinha coragem de tocar José da cintura para baixo. Perguntei se ainda era difícil conversar com ele e ela frizou ser “bem difícil”. Perguntei por que e ela afirmou que tinha medo de falar com seu filho, um medo inexplicável. Coloquei-me à disposição para ajudá-la a conversar com José.

A mediação entre mãe e filho fortaleceu a confiança da mãe em relação a mim. Por isso, quando Eva me confidenciou seu medo de tocá-lo em membros inferiores, compreendi como um apelo, uma solicitação de ajuda. Eva então falou sobre sua dificuldade de estabelecer a aproximação com José. Sustentei a mãe em seus receios.

Enquanto acariciava os membros superiores de José, silenciosa e de forma compenetrada, questionei-a se ela já havia pensado no dia de segurá-lo nos braços. Ela exclamou que “não via a hora em que isto acontecesse”!

Eva acolhia José ainda parcialmente mas conseguia, dentro desta condição, deleitar-se, o que justificava sua compenetração. Eva revelou seu desejo de sustentar seu filho fisicamente.

Após esse diálogo, retornei à questão da dificuldade de tocá-lo em membros inferiores, perguntando se, naquele momento, queria ajuda. Eva respirou fundo, mas nada falou. Prossegui afirmando que retiraria uns coxins de tecido, que envolviam parcialmente as pernas de José, para que Eva as visualizasse. Ela ficou me observando e quando viu um fio saindo de dentro da meia que encobria o pé direito dele, me perguntou espantada o que era aquilo. Expliquei que era um fio do sensor do oxímetro, cuja função era monitorar os parâmetros vitais de José (saturação de oxigênio, batimentos cardíacos, pressão arterial). Perguntei se ela nunca havia visto algo semelhante a um pregador de roupa preso ao dedo das mãos de José. Respondeu que não, mas que sempre reparava haver tubos e fios (sonda de alimentação e fio do sensor). Frizou que sempre tinha as meias encobrindo.

Propus a Eva que tocasse os membros inferiores de José, permitindo uma maior aproximação visual para ambos. Para estimular sua ação, tomei a iniciativa, retirando tecidos que envolviam as pernas e seu filho. Ela percebeu fios que saíam da meia do bebê, questionou o fato e dei todas as explicações técnicas, tentando diminuir seus receios. O simples fato perceptivo de tudo que envolvia seu filho, apontava sua apropriação visual crescente.

Perguntei se ela já havia retirado as meias de José e ela disse que não. Falei que eu retiraria para que pudesse ver os pezinhos do filho e, portanto, o sensor. Eva contraiu a face e disse: -“Ai”, e emendou: “.. Não cortou para pôr esse negócio não né?” Respondi prontamente que não.

Apesar de Eva não ter coragem de retirar as meias de José, pela primeira vez ela verbalizou a dor de seu filho, porque ocupou o lugar dele. Isto aponta para alguns indícios da “Preocupação materna primária”: ela estava sensível ao filho, identificava-se com ele, e se colocava em seu lugar, sendo capaz de compreendê-lo.

Retirei a meia do pé esquerdo, mostrei-o, mas não pude exibir o sensor no pé direito, pois estava fixado com a ajuda da meia. Expliquei isto à mãe e quis saber se havia meia dele em casa. Eva disse que tinha e eu sugeri trazê-las, para usarmos em seu bebê. Enquanto eu mexia no pé esquerdo de José, ele encolhia a perna e eu verbalizava isso para a mãe, que observava a tudo. Incentivei Eva a continuar perguntando sobre seu bebê, quando tivesse dúvidas.

Os movimentos de José precisavam ser observados e significados pela mãe, que, por medo, ainda não conseguia aproximar-se dos membros inferiores de seu filho.

A dieta acabara e fui chamar a técnica de enfermagem para colocar água na sonda. Ao retornar, Eva me perguntou porque a pele de José estava descamando. Lembrei-a que bebês, em geral, trocam de pele mesmo. Ela disse que seus outros filhos não chegaram a ficar daquele jeito, mas que mesmo assim os médicos mandavam passar óleo. Afirmei a Eva que a pele de José era cuidada com óleo também, e após me ouvir, ela me disse que a pele dele descamava por causa dos antibióticos.

Cada vez mais Eva reconhecia as características físicas de José e pela confiança em mim buscava respostas às suas perguntas. Trouxera à tona o conhecimento materno de cuidado com a pele de seus bebês, o que evidenciava a preocupação de cuidar da pele de José. Aqui, mais uma vez, emergiu o “holding” físico.

Disse a Eva que José era cuidado com óleo para tranquilizá-la e quando ela afirma que a causa da descamação era o uso de antibióticos, busca sentido àquela pele que descamava de um jeito muito diferente do conhecido, por ter outros filhos.

Convidei Eva a tocar José da cintura para baixo. Um pouco receiosa, disse que tentaria e adentrou sua mão à portinhola que dava mais acesso aos membros inferiores de José. Não o tocou: disse que não tinha coragem. Afirmei que não havia problema algum nisso e que ela poderia tocá-lo quando quisesse. Eva retirou sua mão e permaneceu olhando José. Deixei mãe e filho a sós.

O convite a estar com José foi aceito mais rapidamente, o que evidenciou uma maior disponibilidade materna ao filho. Entretanto, ao aproximar-se dele Eva percebeu e reconheceu sua dificuldade emocional e a verbalizou. Acolhi a mãe que aceitou seu ritmo próprio, que por isto optou por banhá-lo visualmente.

José foi transferido para o Berçário naqueles dias e eu não tive mais contato nem com mãe nem com filho.

6.1.1 Em busca do filho

Eva é mãe de quatro filhos, sendo que o terceiro estava com oito meses na ocasião em que José nascera prematuramente. Os pais não planejaram esta concepção e o bebê fôra aceito porque “não tinha mais o que fazer”. Para que ela pudesse visitar José na UTI, contratou uma pessoa para ficar com os outros filhos.

O relacionamento de Eva com José era conflituoso. A prematuridade trouxe aos olhos maternos um bebê pequeno, cheio de fios e sondas. É possível afirmar que José que era olhado com pouca frequência, e mesmo assim não era visto; não era ainda reconhecido pela mãe que também era não falava com ele nem o tocava. Estar próximo da incubadora que alojava José era muito difícil para Eva, que se tornava paralisada frente às condições físicas do bebê.

No início do processo, a mãe se revelava com grande dificuldade de estar com José. Até reconhecê-lo como filho sua posição era de espectadora. Aquele pequeno ser era “estranho” para ela porque ainda não era acolhido emocionalmente, apenas percebido como frágil. Em dias alternados, Eva tirava seu leite para alimentá-lo, pois amamentava seu outro filho de oito meses. Apesar da relação conflituosa, Eva o visitava diariamente.

As atitudes de Eva frente ao bebê e suas reações fisiológicas de sudorese e tremor transbordavam a cada encontro, paralisando-a por várias vezes. Ao perceber sua dificuldade em encontrar-se através do toque com José, foi necessário favorecê-lo. Para tanto, sustentei a mãe em seus receios e angústias, e por várias vezes foi necessário conduzir sua mão até seu filho. Foram oferecidas informações técnicas ora solicitadas pela mãe, ora pelo profissional, no caso de evitar o ruído, através da abertura cuidadosa da portinhola da incubadora, sobre a função dos fios e sondas acopladas em José e sobre o sensor do oxímetro. Em razão da extrema prematuridade e baixo peso do bebê, não foi possível implementar ações visando à alimentação por via oral.

Neste processo de aproximação mãe-bebê foi imprescindível acompanhar e respeitar o ritmo emocional da mãe, para que tal aproximação fosse

construída e não imposta. Isso só foi possível pela confiança estabelecida no profissional, que ocupou o lugar de mediador da relação favorecendo a autoconfiança materna.

Importante assinalar que a apropriação através do toque ocorrera juntamente com a apropriação visual, ambos intrínsecos ao movimento materno de acolhimento emocional. Eva, que olhava e tocava José de forma exploratória, passa a tocá-lo de forma carinhosa, deleitando-se em olhá-lo. Nesse contexto, foi perceptível que a expressão corporal de José não parecia ser significada pela mãe, que se restringia a olhar sua movimentação e sorrir discretamente. Após um período, Eva começa a utilizar seu conhecimento de mãe, adquirido pela maternidade dos outros filhos, para compreender José e obter sentido ao que se passava com ele. Dessa forma, a sensorialidade emergia, o acolhimento se presentificava e a linguagem circulava nesta relação.

Um fato notório é que o diálogo estava ausente em Eva: apesar de incentivá-la durante alguns encontros, ela não se dispôs a conversar com José. Mesmo assim, ela passara a reconhecer o bebê como filho que demandava seus cuidados, reconhecimento que tornou explícito em dois momentos: no primeiro, quando Eva faz emergir seu desejo de ter José consigo, em casa; no segundo, quando ela se mostra cada vez mais identificada a ele, colocando-se em seu lugar e verbalizando seu possível sofrimento, durante um procedimento de Enfermagem. Apesar da proximidade de seu filho, Eva ainda se paralisava frente a algumas circunstâncias, como a possibilidade de tocá-lo em membros inferiores. Entretanto, ela conseguiu verbalizar sua falta de coragem para tal ação, manteve-se disponível ao filho fazendo-lhe carinho, ao mesmo tempo em que respeitou seu próprio ritmo no processo de envolvimento com José.

A relação materna entre Eva e José determina por sua especificidade que a mediação fonoaudiológica se constituiu como intervenção facilitadora da relação mãe-bebê, promovendo a linguagem sensorial, que neste caso foi determinada pela aproximação através do toque e do olhar significativo, conjuntamente com acolhimento emocional.

O fonoaudiólogo pôde promover a linguagem sensorial porque tem domínio técnico suficiente para cuidar do bebê, no que se refere à audição e à alimentação, que exigem do profissional o olhar e o toque capazes de significar suas expressões corporais, sem exclusão dos aspectos clínicos inerentes à prematuridade.

Porém, o caminho que eu e Eva percorremos para aproximá-la de seu filho só foi trilhado porque ela se sentiu acolhida em seus receios e porque se disponibilizou, permitindo que o fonoaudiólogo, através de seus conhecimentos, a conduzisse.

6.2 A história de Cris e Léo

Cris é mãe de Léo, um bebê nascido em 11/05/2004, com idade gestacional de 36 semanas. Seu peso ao nascimento era 2.730g.

Ela é angolana e conheceu seu marido, Lucas, em seu país. Ele, brasileiro, divorciado, com filhos que moravam no Brasil; ela, solteira, sem filhos. Na ocasião em que conheceu Cris, Lucas era vasectomizado, portanto, para terem um filho foi necessária a fertilização *in vitro*. Cris engravidou na segunda tentativa, e o bebê, muito desejado pelos pais, recebeu o nome Léo quando souberam que seria do sexo masculino.

Cris sabia do risco para o parto prematuro, porque apresentou um sangramento sugestivo de placenta prévia, segundo seu obstetra. Entretanto, apesar do sangramento ter sido superado, seu médico sugeriu que no quinto mês de gestação, Cris viesse para o Brasil, pois haveria melhores condições hospitalares em caso de necessidade. Mesmo considerando no seu íntimo que o parto seria a termo, Cris veio para o Brasil e instalou-se na casa de sua sogra. Falou da história de outro sangramento no sétimo mês, também superado. Por outro lado, sua obstetra brasileira afirmou-lhe que não havia qualquer indício de placenta prévia, o que despreocupou a mãe, mas há alguns dias teve outro sangramento, o qual culminou no parto prematuro para evitar que o bebê entrasse em sofrimento fetal.

Logo ao nascer, Léo apresentava desconforto respiratório, sendo encaminhado para o berçário. Porém houve um agravo a sua saúde, sendo necessária sua transferência para a UTI. Cris ia todos os dias a UTI e sempre que a condição de saúde de Léo permitia a alimentação, ela realizava a ordenha. Seu marido também a acompanhava na maioria das visitas ao filho.

A primeira vez que vi Cris ela estava no corredor, sentada próxima da entrada da UTI. Seu rosto pálido, sua feição de tristeza me indicaram que talvez seu filho estivesse internado no setor. Ela me perguntou se o Dr. X já havia chegado. Questionei-a sobre o porquê de querer falar apenas com ele e Cris me disse que ele estava acompanhando seu filho na UTI. Disse-lhe que não era o dia de seu plantão,

mas que se ele havia combinado de encontrá-la, deveria aguardar. Perguntei-lhe como ela estava e Cris respondeu com voz fraca, num sotaque português, que estava “mais ou menos”.

1º encontro

Encontrei Cris próxima da incubadora olhando para Léo e perguntei como ele estava. Cris respondeu que ele estava melhor, porque no início da internação ele estava bem inchado. Perguntei o que mais ela percebia dele, e ela o notou “mais agitado, mais ativo, mexendo bastante”, principalmente quando falava com ele. Voltou-se para mim, sorriu e afirmou: “Ele mexe bastante se puser a mão”.

Cris não apresentava dificuldade em olhar para seu filho. Por encontrá-la observando-o perguntei sobre seu estado de saúde a fim de aproximar-me dela. Ela permitiu minha aproximação mantendo o diálogo, contando sobre o comportamento de Léo, quando comparou seu estado atual com o anterior e sua reação frente ao contato. Neste primeiro encontro, percebi Cris próxima de seu bebê, apesar de apreensiva em função do estado de saúde dele.

Questionei Cris sobre sua possibilidade de tocá-lo e ela afirmou ser difícil, porque não queria tocar no filho nesta situação. Cris referiu “saber da importância de passar boa energia”, “bons fluidos” e afirmou: “ Faço qualquer coisa por ele”.

Tocar o filho era algo difícil para a mãe, porque ela preferia fazê-lo em circunstâncias diferentes daquela. Cris reconhecia as dificuldades pelas quais seu filho passava e se disponibilizava a ele. Léo era reconhecido como filho, como objeto de amor que demandava seus cuidados.

Disse que tinha medo de tocá-lo e ficar muito “excitado” e assim “perturbá-lo, incomodá-lo”. “Acho que qualquer coisinha deve irritar”; “então procuro ir com calma”, apesar de que minha vontade é “pegar, ficar, segurar, apertar”.

Nesta passagem o contato visual de identificação e reconhecimento do filho se mantinha. Cris conseguiu colocar-se no lugar de Léo, reconhecendo sua sensibilidade, e por isso apresentava-lhe o mundo na dose em que ele necessitava. Apesar da vontade de envolver-se fisicamente com seu filho, ela evitava o contato em favor de sua saúde.

Em alguns encontros anteriores com a mãe expliquei a importância de abrir cuidadosamente a portinhola da incubadora, a fim de evitar ruídos na orelha do bebê, pela questão da saúde auditiva. Também conversamos sobre a importância de oferecer a ele toques agradáveis, portanto ela deveria tocá-lo suavemente e com ligeira pressão, a fim de não irritá-lo. Retomei estas informações e Cris disse que tinha seguido minha orientação, mas que hoje ainda não havia tocado em Léo, porque sua mão estava gelada. Disse que estava aguardando a mão esquentar. Virou-se para Léo e disse: -“Né, filhote? Né bebê, querido da mamãe?. E acrescentou, “Oi lindo, olha a mamãezinha, filho, olha a mamãe”. Cris olhou para mim e disse “Viu como ele mexe”? Voltou-se para ele e disse: “É a mamãe filho”.

Oferecer informações técnicas sobre como evitar ruídos e como oferecer um toque agradável, evitando estresse, é um recurso indispensável para o bem-estar do bebê. Cris soube ouvi-las e as integrou nos cuidados com Léo. Ele era reconhecido como indivíduo que compreendia a mãe em suas atitudes, por isso ela buscava nele a confirmação da ausência do toque, em razão da temperatura de sua mão. O “holding” emocional se presentificou mais uma vez; a devoção materna e o “holding” físico também estavam presentes, quando Cris poupou Léo de sensação térmica desagradável. Cris chamou seu filho para que ele a identificasse e a reconhecesse como mãe. Compreendia as reações dele frente às suas atitudes, ao constatar que ele se mexia por causa do contato vocal.

Cris abriu a portinhola da incubadora para tocar seu filho. Aproveitei para explicar que poderia falar com ele via portinhola, o que favoreceria também a visualização do rosto dele. A mãe me disse: “Mas aí meu marido fica falando que não posso, que passa bactéria”. Tranquilizei a mãe afirmando que o risco disso era mínimo, senão nulo. Ela sorriu e disse, enquanto acariciava Léo: “Né meu amor da mamãe”.

A portinhola aberta pode ser tanto o caminho de acesso tátil quanto visual e vocal. O receio do marido, algo respeitado pela mãe porque também não sabia dos riscos, apontava para o cuidado de ambos em relação à saúde de Léo. Ele era o objeto de amor dos dois, que geralmente vinham juntos para visitá-lo, apesar do pai ficar quase sempre calado, observando. Acolhi a mãe, tranquilizando-a e ela, mais à vontade, o inseriu novamente na relação vocal.

Pela portinhola Cris iniciou e manteve o contato vocal e tátil com Léo. Observou sua expressão corporal, e verbalizou isto, concluindo que ele já “conhece a voz da mamãezinha”. Cris também percebeu as características físicas de

Léo, especificamente o pé, e afirmou: “Ai que lindo filho, que gostoso. Olha que pé mais gostoso da mamãe”.

Cris não apresentava dificuldade em estabelecer a relação sensorial com Léo. Conseguiu estar com ele e o reconhecia como alguém que a ouvia e que a reconhecia como mãe dedicada. Cris acolheu Léo e se deleitou com a estética dele.

Depois voltou-se para mim e perguntou sobre a função de todos os aparatos que estavam nele (sonda, sensor do oxímetro, cateter venoso) e eu expliquei.

Léo estava internado a alguns dias e desde sua chegada ele estava com cateter venoso, sensor e sonda para alimentação. Mas somente agora a mãe questionou a função deles. Talvez o impacto inicial de ter o filho internado tivesse bloqueado, naquele momento, seu interesse. Entretanto, a mediação fonoaudiológica favoreceu o interesse materno de saber sobre as necessidades de seu filho.

Após ouvir-me, Cris vê fezes na fralda de Léo e sorrindo diz: “Ai, tem um cocozinho”. “Querido, você tá muito porco meu amor. Você tá fazendo tanto cocô filho!? “É assim mesmo, dá trabalho pras meninas aqui, tem que dá trabalho pras meninas, viu meu filho?.”

As fezes de Léo, sua produção original, são recebidas com naturalidade pela mãe, que fica feliz em ver o filho “funcionando” bem. Cris com um jeito doce incentiva seu filho a Ser no mundo.

Cris observava que Léo ora insinuava abrir os olhos, ora não. Solicitou-lhe olhá-la: “Olha a mamãe meu amor!”. Léo resmungou como que querendo chorar e Cris disse: “Não chora não, tá? Mamãezinha tá aqui, filho, com você, pra você ficar fortinho, bonito. Você vai ficar fortão, filho, vai pra casa com a mamãezinha”. Então se referindo à presença de fezes, ela falou: “Eu sô muito porquinho né mamãe?” E ela mesmo respondeu: “Tem que fazer muito cocô mesmo.” Depois afirmou com certo pesar: “Mamãe não vê a hora de cuidar de você, meu filho”. Cris voltou-se para mim e disse que ainda não tinha visto os olhos de Léo abertos.

Cris queria ser vista e reconhecida como mãe, como aquela que o amava, que estava presente e que se dedicava a ele. Queria ser acolhida por ele. Cris evidenciava seu acolhimento emocional a Léo, pois foi ao encontro dele quando esboçava choro, sofrimento, o qual tentava apaziguar. Então buscava fortalecê-lo, afirmando que estava com ele e que acreditava que ele melhoraria. Nesta passagem, Cris se colocou mais uma vez no lugar do filho e falava por ele,

ocupando posteriormente seu lugar de mãe, de onde o incentivava a evacuar. Ela deixa emergir a vontade de devotar-se completamente.

Por estarmos juntas observando Léo, disse a Cris para vir sempre a UTI. Ela referiu que permanecia todo o tempo possível, mas reconhecia que a sua presença constante a deixava exausta e que, por isso, também precisava se cuidar. Afirma que pode inclusive atrapalhar algum procedimento a ser realizado na UTI.

Incentivei a mãe a estar próxima de Léo e percebi sua inteira disponibilidade. Ela reconhecia seu próprio limite e compreendia também que a UTI é um ambiente de trabalho e que a presença dos pais pode interferir.

Considerarei importante falar para Cris que ela estava com aparência melhor. Ela sorriu e confirmou. Relembrei seu abatimento inicial e perguntei como estava. Cris afirmou que ter o filho na UTI era algo muito difícil e que tinha dias em que estava mais triste. Questionei se esta oscilação estava relacionada com algo que via ou escutava dentro da UTI. E ela disse que a palavra do médico era fundamental: se ele “dá boas notícias”, se diz que está “tudo bem”, que “Léo está melhorando”, Cris ficava mais “animada”, mas quando “aparece alguma coisinha” fica triste. “Mas todos dizem que é assim mesmo, que tem que ser tudo com calma”.

Considerando nossa aproximação busquei fortalecê-la ao reconhecer sua aparente mudança, que expressava maior tranqüilidade. Ela acrescentou que era muito difícil estar naquela situação e que a oscilação de seus sentimentos estava diretamente relacionada à palavra médica. O médico apareceu aqui como o detentor dos conhecimentos, e sua palavra podia interferir nas condições emocionais da mãe. O fato de todos dizerem que ela deveria ter calma a fez mais compreensiva neste contexto repleto de angústia.

Chegou a técnica em Enfermagem para realizar um procedimento. Cris manteve-se ao lado de seu filho, apoiando sua mão sobre a dele, e disse: “A menina vai fazer com muito carinho filho. Tá bom? Já vai sarar, já já. Não, não chora neném”. Voltou-se para mim e para a técnica em Enfermagem e disse: “Ai, isso dói né?” E desabafou: “Como é difícil meu Deus. Que dor que eu tenho no meu coração!”

Cris sustentava fisicamente seu bebê e oferecia acolhimento emocional quando compreendia que ele poderia sofrer. Importante assinalar que ela sentia e falava por ele e seu desabafo evidenciava seu sofrimento.

Nessa hora, reforcei a importância de seu aconchego, afirmando que o amparo em segurar a mão e o corpo de Léo nos momentos de procedimentos dolorosos, amenizava a dor. Disse a Cris que estar junto dele e falar com ele era muito importante. Ela me ouviu atentamente enquanto segurava a mão de Léo. Depois pediu para ele abrir os olhos e ele abriu. Isso foi suficiente para ela exclamar :- “Ai, meu nenê abriu o olhinho! Filho, coisa mais linda da mamãe. Não chora não, senão a mamãe chora junto”. O procedimento de Enfermagem acabara.

Como mediadora, sustentei a mãe neste momento por meio de palavras, reafirmando sua atitude cuidadora através da sensorialidade. Mais uma vez Cris estava próxima de seu filho, identificada a ele e em condições de chorar a dor dele.

Após uns minutos, Cris me confidenciou que desde o nascimento de Léo, ela ainda não o tinha colocado ao colo. Disse-lhe então que esta é a satisfação de todas as mães. Ao observar Léo de olhos abertos, Cris sorriu e disse, enquanto mantinha seus olhos ora nele ora em mim: “Está todo mundo esperando você filho. Seus avós, seu maninhos, os priminhos. Estão esperando você pra brincar”. Léo se movimentou e a mãe afirmou: -“Como ele entende não?” Eu confirmei.

A mãe afirmou ter vontade de segurar seu filho, algo necessário de ser postergado em função das condições clínicas de Léo. Optei por acolher a mãe comunicando que a compreendia em sua dor, em sua resignação necessária.

Ao ver os olhos de Léo abertos, Cris sentiu-se mais incentivada a chamá-lo para a vida. Ao observar os movimentos dele durante seu banho vocal Cris os significa, algo fundamental para que a linguagem circule entre eles.

Teci algumas considerações sobre o desenvolvimento de Léo intra-útero, chamando atenção de Cris para tocá-lo em outras partes do corpo. Cris afirmou que não colocava a mão “nos pezinhos por causa das veias”, referindo-se ao fato do risco de perda do acesso venoso, o que implicaria em novas punções, que são procedimentos dolorosos. Por acompanhar as dificuldades de Léo diariamente, Cris me diz: “Tadinho, como deve ser difícil para ele”. Disse-lhe que estava difícil para todos: mãe, pai e filho, mas que vir a UTI, estar com seu filho ajuda tanto a família quanto o próprio bebê.

Cris acolheu seu filho tanto física quanto emocionalmente, e por isso conseguiu colocar-se no lugar dele e supor seu sofrimento. Assim,

evitou expô-lo a situações que poderiam gerar sofrimento, como as punções venosas. Incentivá-la a vir era uma forma de favorecer a sensorialidade, que também é vital para a saúde física do bebê.

Cris expressou sua vontade de estar mais tempo junto a Léo e me disse que começara a conversar com ele desde o período intra-uterino. Afirmou que ele “pulava toda vez que falava com ele” e que todo mundo falava que ele entendia. Acrescentou que Léo a entendia, porque ele era um pedaço dela e a escutava. Disse que quando seu filho a escutou pela primeira vez, após o nascimento, ele a reconheceu.

A mãe interpretava seu filho desde a vida intra-uterina, dando sentido aos gestos dele, fato reforçado socialmente. Também acreditava que ele a reconhecia desde que a ouviu a primeira vez, porque ele era parte dela. Nesta passagem é importante observar que a linguagem corporal e vocal entre eles pré-existe ao nascimento, mantendo-se após.

Conversamos sobre a história de Léo e Cris me disse que desde o momento em que decidiu engravidar já havia escolhido o nome, caso fosse menino. Referiu que aos três meses soube do sexo e desde então o chamava pelo nome, por isso acreditava que ele entendia sua entonação, quando conversava com ele.

Aqui está o acolhimento emocional, na fase da concepção mental do bebê. O “holding” começou nesta fase. Nesta passagem a mãe evidenciou o contato vocal com seu filho desde a fase intra-uterina, a qual se estendia ao nascimento e sempre tendo um significado. Por isso é perceptível a linguagem corporal e vocal estruturada entre eles.

Voltou-se para o bebê e pediu para ele abrir os olhos. Enquanto isto segurava sua mão e dizia voltando-se para mim: -“Olha como ele segura minha mão... que lindo, que delícia”. Acrescentou que era “gostoso” ver com quem ele parecia. Questionei-a sobre isto e ela respondeu que Léo se parecia com ela.

Novamente o contato visual foi considerado importante pela mãe, que fazia questão de solicitá-lo, mesmo sem qualquer resposta do filho. Cris tinha satisfação em segurar a mão do filho e procurava identificar sua aparência, relacionando-a aos familiares, e por fim, identificava-se com ele.

Procurei saber se a mãe tinha uma expectativa quanto à aparência de Léo antes dele nascer e ela afirmou que esperava que o rosto dele fosse bolachinha

(redondo) como o dela. “Mas aí ele saiu todo delicadinho, magrelinho”. Enfatizou que fôra uma surpresa e uma emoção muito grande. Pensativa, Cris afirmou que entendia o que é ser mãe: “É o sentimento mais puro, mais maravilhoso que existe no mundo. Não tem nada igual. Nada, nada igual. É como se fosse um pedaço da gente”. “Não consigo mais ver minha vida sem ele”.

Cris estava identificada a Léo desde a gestação, o que evidencia os primórdios do desenvolvimento da “Preocupação materna primária”. Léo não se parecia fisicamente com a mãe, mas ser mãe dele era algo maravilhoso ao mesmo tempo inexplicável.

Conversamos sobre o que ela sentia quando chegava na UTI e ouvia as informações do dia. Ela afirmou que era muito difícil: havia dias em que reagia chorando, porque estava muito ansiosa. Entretanto, seu marido conversava bastante com ela, apesar da situação também ser difícil a ele. Apesar do consolo, Cris afirmou que, enquanto seu filho não saísse da UTI, seu coração não ficaria em paz.

Aqui fica bem evidente o quanto a prematuridade é causa de conflitos, angústia e tristeza. O pai aparece como sustentador da mãe que sustenta o bebê. O pai de Léo a acolhe, apesar de suas próprias dores e conflitos.

Conversamos sobre a suspeita de que o parto pudesse ser prematuro. Cris afirmou a existência desta possibilidade, porque houve uma suspeita de placenta prévia. Contou que por isso veio para o Brasil, mas que no seu íntimo acreditava que o parto seria a termo, apesar de um sangramento apresentado no sétimo mês, que fôra superado. Tudo estava bem, até que há dias, apresentou outro sangramento, o qual culminou num parto prematuro para evitar sofrimento fetal.

Aqui há indícios ou de negação materna frente ao risco ou de convicção de que o parto seria a termo pela manutenção das sensações normais. Mas houve a imprevisibilidade e o parto precisou ser realizado.

A avó veio visitar Léo e conversava bastante com ele, afirmando para a mãe sua convicção de que ele logo ficaria bem. Cris continuou a conversar comigo, enquanto a avó de Léo conversava e fazia carinho ao bebê. Disse à mãe que sua presença era muito importante para que acompanhasse a evolução clínica de Léo e todas as expressões corporais dele. Cris disse que gostava de acompanhar todas as mudanças e aquisições de seu filho, referindo que os fios e tubos necessários a

incomodavam. Entretanto, o respirador (ventilação mecânica) a incomodava demais. Ela acreditava que o respirador incomodava seu filho, que o fazia sofrer; que era mais fácil tolerar as punções venosas do que o uso do respirador.

O parto prematuro e as condições instáveis do bebê mobilizam tanto os pais quanto os parentes próximos.

Nesta passagem fica claro o envolvimento da mãe com seu bebê e o fato de se colocar no lugar dele. Cris acreditava que Léo sofria pelo uso do respirador, e ela mesma também sofria, por sua identificação a ele. O respirador era de uso contínuo e representava a dificuldade respiratória ainda não superada por Léo, enquanto a punção venosa era passageira, por isso suportável.

Cris conversou com a avó de Léo, explicando a melhora clínica. A avó também verbalizava sua esperança de vê-lo bem e afirmou que esperava por ele. Léo estava sendo observado pelas duas, quando então se contorceu e fez cocô. A mãe mostrou para a avó o cocô que seu filho acabara de fazer.

A mãe partilhava com a família o estado de saúde de seu filho. É perceptível o acolhimento de Léo por ela e pela avó. Ele tinha um lugar nesta família. Cris apresentou as fezes de seu filho com satisfação, pois isto lhe indicava que ele estava melhorando.

A avó me perguntou se ele ficaria bem, ou seja, se ele sobreviveria. Disse que Léo era um lutador como os pais e a família. Cris então afirmou que seu filho era um guerreiro.

Não havia resposta para a pergunta que me fôra feita, mas era possível comparar Léo a um guerreiro, pois ele já estivera muito grave e conseguiu superar o período de maior risco de sobrevivência. Da mesma forma, seus pais e a família eram lutadores, pois estavam empenhados na sobrevivência do filho, através do amor que ofereciam.

A mãe me disse: "Ele está bem melhor, porque não conseguia nem abrir a mão, agora ele já está com todos os movimentos. Antes só ficava com a mão fechada".

Cris acompanhava a evolução diária de Léo e compartilhou comigo, que a acompanhava com frequência.

2º encontro

Léo melhorou clinicamente e pela estabilidade respiratória já não precisava de respiração mecânica. Hoje estava em uso de Hood. Ao ver Léo sem a ventilação mecânica Cris falou aliviada: “Ai meu Deus, nem acredito que meu neném saiu daquilo. Tomara que ele recupere rápido”. Disse a ela que sua presença, seu amor, seu toque, sua fala, contribuíram para a melhora dele. Cris então concordou e disse que tentava passar o melhor para ele, mesmo sendo difícil em alguns momentos.

A mãe comemorou a melhora do filho e eu optei por reforçar a questão da sensorialidade como fundamental neste processo de envolvimento do bebê, via sensações - alimentos lingüísticos importantes numa relação humana. O envolvimento com seu filho era crescente, como também sua disponibilidade.

Cris me disse que Léo estava muito agitado nos últimos dias, chegando até a retirar a sonda gástrica.

A mãe continuava a demonstrar o acompanhamento da evolução do filho, o reconhecimento de sua expressão corporal no mundo, inclusive interpretado como sinal de agilidade. A retirada da sonda não fôra interpretada como mero acaso, mas como intenção do bebê.

Cris observou que Léo chorava e disse que isto partia seu coração. Entretanto, percebi que ela não agia de forma alguma para apaziguar o choro de seu filho, apenas constatava-o e lamentava. Sugeri que colocasse a mão nele, ao que respondeu não fazê-lo porque a mão estava gelada, e que sempre esperava um pouco para esquentá-la. Disse-lhe que poderia esquentar mais rapidamente a mão se esfregasse uma na outra, e assim ela o fez. Em seguida, adentrou a incubadora, tocou seu filho e lhe disse que estava com ele.

O choro de Léo afetava a mãe, mas ela estava paralisada a ponto de não friccionar as mãos para esquentá-las mais rapidamente e assim, consolar seu filho.

Ela percebera que o choro do bebê estava fraco e associou isto ao uso de respirador. Para Cris, o respirador machucou Léo. Depois de um período de

silêncio, a mãe falou para ele: “Mamãe quer tanto pegar o neném”. “Pegá-lo é a coisa que eu mais quero”.

É possível que o choro fraco de Léo tenha sido em função do uso prolongado do ventilador mecânico, e que esta informação tenha vindo da equipe de saúde. Depois de um período de contemplação, Cris manifestou sua vontade de segurar Léo. A melhora clínica dele contribuiu para isto.

Nesse estágio, Léo havia tido complicações clínicas e a dieta fora suspensa. Falei dos planos fonoaudiológicos de levá-lo ao seio materno, quando ele melhorasse clinicamente. Ao me ouvir, Cris disse que não via a hora disso e que tinha tanto leite que já estava “montando um banco de leite em casa”. Sempre observadora em relação ao filho, Cris me questionou se o cateter nasal incomodava tanto quanto o respirador. Afirmou que tinha a sensação de que Léo ficava sufocado.

A mãe reaparece ocupando o lugar do filho e interpretando suas sensações. A frase “(ela) tinha a sensação de que ele ficava sufocado” marcou bastante esta passagem. O fato da mãe confiar em mim, que a acompanhava em seus momentos difíceis, ora sustentando-a ora informando-a, permitiu a Cris questionar sobre aquele novo aparato utilizado em seu filho.

Expliquei que o cateter parecia não incomodar tanto quanto o respirador. A mãe então resgatou a história respiratória complicada de Léo desde sua internação no berçário, antes da transferência para UTI. Lá ele já estava com dificuldades para respirar e isto foi muito significativo para Cris.

A questão respiratória entrou em cena mais uma vez e evidenciou as marcas de “sufocamento” na mãe, por ver seu filho em dificuldades respiratórias. Ao nascimento, a mãe já estava identificada a Léo.

Léo estava em uso de sonda orogástrica e começou a chupar a sonda. Cris observou isto e me disse: “Tá vendo ele mexer a boca? Ele quer mamar.” Expliquei-lhe que esta ação indicava maturação neurológica relacionada à parte de alimentação, mas Cris continuou a falar: “Olha, ele quer mamar, olha”.

Cris continuava a dar sentido aos gestos de seu filho, buscava significado neles por considerá-los significantes. Da mesma forma que desejava amamentar, Cris acreditava que Léo queria ser amamentado, afinal ele chupou a sonda. Nesta passagem ficou claro que a mãe não me ouviu. O que fazia sentido para ela era o que ela interpretava, a partir dos gestos do bebê, não o conhecimento científico. E será mesmo que ela não tinha razão?

Depois de admirá-lo, Cris afirmou que foi uma surpresa quando chegou pela manhã e viu seu filho fora do respirador. Afirmou que dormia e acordava na expectativa do dia seguinte, e que estava sempre em dúvida se seu filho estava bem ou com problemas. Referiu que todas às vezes que chegava na UTI olhava para o rosto do médico e, com a expressão dele, sabia se havia acontecido “algo de ruim ou não”.

O parto prematuro abala os pais emocionalmente de tal forma que prepondera um suspense, um indizível. É um conflito dia e noite, uma expectativa constante, daí o olhar interpretativo às expressões faciais do médico.

Cris me disse que continuava a acompanhar as mudanças clínicas de seu filho e que ele iria fazer mais alguns exames. Perguntei como ela se sentia frente a necessidade do filho ainda ter que usar fios e sondas, e se submeter às punções venosas, entre outros procedimentos. Ela afirmou que se sentia melhor - sabia que era para o bem dele e que precisava conviver com essas coisas. E emendou: “Mas é muito triste, porque eu acho que machuca meu filho”. Disse-lhe: “Sua vontade é de vê-lo livre”? Ao que ela respondeu: “ Livre, no meu colo e se possível mamando”.

A mãe estava sempre presente e disponível para Léo. Superou parcialmente sua dor ao vê-lo usando aparatos. Ficou evidente que sua identificação com ele se mantinha, revelando mais segurança emocional, quando se impunha a necessidade de aprender a conviver com as dificuldades do filho.

Reconheci que fios e sondas prendiam seu filho e Cris deixou emergir seu acolhimento emocional, seu desejo de acolhê-lo fisicamente e oferecer-se via seio.

3º encontro

No dia anterior a este encontro, vi Cris com aparência de abatida. Ela entrou e saiu rapidamente da UTI, não sendo possível conversarmos.

Ao encontrar-me com Cris afirmei; “Ontem você estava arrasada aqui”. Por quê? Ela me disse que Léo estava com anemia, e ficou quieta logo em seguida.

Acolhi a mãe neste momento difícil para sustentá-la e favorecer sua espontaneidade emocional.

Retomei nosso percurso até ali: os momentos mais fáceis, os mais difíceis. Perguntei, então, o que lhe era mais difícil naquele momento e Cris me disse que era não poder pegar seu filho, não poder amamentá-lo. Entretanto, apesar da anemia, as condições gerais de Léo melhoraram e ele poderia ser pego. Enquanto a técnica em Enfermagem colocava Léo nos braços maternos perguntei para Cris: “Mas, e agora? É a primeira oportunidade de pegá-lo”. E Cris afirmou: “Eu nem acredito”.

Aqui a mãe expressou sua vontade de acolher seu filho e de materná-lo. Percebo que quando o nascimento é prematuro ele desestabiliza a mãe de tal forma que o tempo de internação posterga seu desejo de maternagem. Assim, fatos reais são, às vezes, difíceis de serem assimilados.

Disse-lhe que acreditasse nesta possibilidade: Léo estava nos seus braços! Todo seu desejo presente ali, se realizando. Cris me disse que a cada dia ela aguardava a melhora do filho, na esperança de levá-lo para casa. Hoje o pai estava presente, olhando ao longe aquela cena tendo seus olhos marejados em lágrimas. Cris me disse que o pai não queria que tirasse Léo da incubadora. Compreendi este fato como receio de que isso fosse fazer mal ao bebê. Então chamei o pai para se aproximar: “Vem cá para você curtir. Não pode perder essa oportunidade por nada.” O pai se aproximou, se afastou novamente e eu o chamei mais uma vez: “Vem aqui pai, chega perto. Olha que gracinha seu filho, passa a mão”. E o pai, quieto, ficou próximo olhando seu filho e alisando seu cabelo, enquanto chorava.

Trouxe a dimensão da realidade para a mãe que parecia estar fora dela. Talvez o suspense, por tanto tempo, a tenha deslocado. Ao acolher Léo aos braços, Cris expôs sua vontade de entregar-se para seu filho, viver

normalmente com ele. O pai dava o apoio necessário à mãe e também zelava pelo filho, por isso seu receio de vê-lo fora da incubadora. Ele também estava feliz e do seu jeito próprio demonstrou isto.

Cris ninava Léo, envolvia-o com o cueiro, falava-lhe ao ouvido. Não demonstrou nenhum receio nestas atitudes.

Cris já conhecia bem seu bebê, já o acolhia há muito tempo e aguardava o momento de efetivar o acolhimento físico. Não havia “motivos” para ter receios em estar com ele nos braços. Neste momento, ela o maternou.

Em função da condição clínica de Léo, ainda não era possível iniciar a intervenção sensório-motora-oral. Expliquei isto à mãe, que banhava seu filho com seu corpo, sua voz, seu cheiro. Ao perceber Léo com a mão em seu seio Cris ficou radiante e falou: “Mamãe ama você meu amor”; “ Você é minha vida filho”. Afirmei aos pais que a participação deles era fundamental e os deixei a sós.

4º encontro

Léo continuou indo ao colo materno e era sempre acolhido. Ele foi avaliado por mim, passou por experiência de Sucção-Não-Nutritiva e já estava em condições de receber dieta por via oral. Os médicos, porém, queriam manter um volume mínimo ingerido e por isso protelavam a amamentação. Optei então pelo uso da técnica sonda-dedo, e na minha ausência, ele era alimentado pelo copo.

Quanto à relação mãe-bebê, ela se fortalecia a cada dia, e Cris começou a trazer pertences de Léo, tais como roupas, mantas e sapatinhos de lã. Também conversava mais com ele.

A melhora clínica de Léo contribuiu significativamente para os pais proporcionarem o “holding” físico de forma crescente.

Cris observou que Léo gostava de usar os sapatos de lã, mas que não gostava de usar as luvas. Ele as arrancava. Disse-lhe então que o uso da luva atrapalha os bebês a encontrarem a mão, o dedo e o punho, principalmente na hora da fome. Encontrar “algo” é muito importante para o bebê, quando ele procura. Afirmei que

eu mesmo ajudava algumas crianças a colocarem a mão na boca, porque quando a criança encontra a mão e suga, ela se satisfaz. Disse-lhe que quando Léo estivesse no seio, ele deveria procurar e achá-lo como fonte de alimento, portanto, era importante roçar o mamilo na boca do bebê; chamar a atenção dele; elicitando o reflexo de procura para o bebê “saber” que precisa procurar. Afirmei também que mesmo quietinha, aconchegada ao seio, a aproximação mãe-bebê é fundamental, pois ajuda o bebê a reconhecer o cheiro da mãe.

A questão do não uso de luvas foi a ponte encontrada por mim para informar aos pais a importância do bebê manifestar-se no mundo, pois isto tem implicações psíquicas relevantes. Um outro aspecto importante era o da vivência do encontrar o seio para a satisfação.

A mãe observou a orelha de seu filho dobrada e me perguntou se poderia desdobrá-la. Disse-lhe que sim. O pai, pela primeira vez, desabafou comigo, dizendo que Cris havia testado sua capacidade de tolerância, uma vez que ela havia chorado a noite inteira. Ambos disseram que estavam ansiosos e que a cada dificuldade de Léo ficavam com medo. Cris acrescentou: “Eu não desejo isso para ninguém, nem pro nosso inimigo, porque é uma dor muito grande”. O pai afirmou que já não comia nem dormia direito. Nada o distraia, nem a prática de esportes que ele adorava.

A mãe pediu permissão para cuidar de seu filho, por não ter parâmetros definidos sobre sua posição de mãe ou de visitante daquele que está aos cuidados de profissionais da saúde. Os pais estavam ansiosos, em conflito, desgastados e instáveis e a expressão da dor materna aponta que ter um filho internado na UTI é sinônimo de sofrimento. É algo que muda completamente a vida do casal, que fica em suspense. Eles se consomem, enquanto o bebê oscila em sua condição clínica.

O silêncio invadiu o ambiente e optei por deixá-los a sós.

5º encontro

Este era o segundo dia em que usara a técnica sonda-dedo, para estimulação de sucção nutritiva em Léo, porque ele estava em condições de sugar, mas a equipe médica estava em controle rigoroso do volume ingerido.

Léo estava nos braços maternos, e mantendo-o neste lugar elicitei reflexo de procura através do toque em região peri-oral, no canto da boca. Expliquei para a mãe que a forma como eu agia era semelhante quando a mãe roça o mamilo na boca do bebê. À medida em que Léo demonstrava resposta, eu direcionava o olhar materno, explicando que ele ora cerrava a boca, ora voltava o rosto para a fonte de estímulo. Léo começou a choramingar enquanto eu realizava estímulos táteis orofaciais e a mãe logo foi ao encontro dele, abraçando-o e dizendo: “-Ai que preguiça meu amor! É pra mamar agora viu filho, tem que mamar o leiteinho para ficar gordinho e grande”.

A explicação cuidadosa da intervenção técnica fonoaudiológica é importante para compartilhar com a mãe o que é feito com seu filho e qual o propósito de tal intervenção. Neste processo a mãe mantinha sua devoção e o acolhia, mantendo a sensorialidade, banhando-o vocalmente.

Após a elicitación do reflexo de “procura”, Léo permitiu a introdução do meu dedo mínimo, enluvado e umedecido no leite materno, em sua boca. A ele estava acoplada a sonda, pois estava utilizando a técnica sonda-dedo. Ao perceber Léo sugando meu dedo, Cris observou que a sucção parecia forte e disse: “Nossa, parece que o mundo vai acabar meu filho. Ai que lindo”. Enquanto Léo sugava o leite, eu explicava aos pais como ele estava quanto à sucção e ao desempenho global (sucção forte, canolamento de língua, boa aceitação, pausas adequadas, sem comportamentos de estresse). A mãe continuava falando com ele: “Ai que lindo, que bonitinho. É o leiteinho meu amor!”. Acrescentei que eu considerava importante a presença dos pais, principalmente em horas como esta, de acompanhamento da alimentação. Expliquei que há dois dias eu havia feito a avaliação de deglutição e que Léo estava bem.

Cris acompanhava a evolução das respostas orais de Léo e isto a deixava contente.

Oferecer as informações sobre o trabalho de assistência à alimentação do bebê foi uma forma de continuar participando os pais das conquistas do filho, envolvendo-os.

Ao final da alimentação sugeri à mãe oferecer seu dedo para ele sugar. Após a elicitación de reflexo de “procura”, Léo abocanhou o dedo de Cris, que ficou eufórica. Léo sugou, abriu os olhos e a mãe ficou admirada com a força de sucção, desta vez sentida e não apenas observada. Exclamou: “Que lindo filho!”

Expliquei aos pais que essa sucção, onde não se administrava alimento, também ajudava o bebê a ficar tranquilo e facilitava a digestão. Disse que aos poucos a força de sucção iria diminuir e que este, então, seria o melhor momento para ela retirar o dedo.

Além de proporcionar a experiência de Sucção-Não-Nutritiva isto era realizado via mãe. Envolvi Cris ainda mais na questão alimentar de seu filho e ela ficou feliz.

Conforme previsto, Léo soltou o dedo da mãe, e todo este processo fazia sentido para ela.

Após esta sessão, a equipe médica definiu que Léo poderia ser amamentado. Então, quando cheguei na UTI, encontrei a mãe com expressão de felicidade. Acompanhei mãe e filho durante a amamentação, que transcorreu muito bem. Ao final expliquei os benefícios da amamentação do ponto-de-vista imunológico, nutricional e emocional, além das implicações para o desenvolvimento orofacial. Acrescentei a importância do cuidado na postura corporal do bebê, durante a amamentação, para prevenir engargos e otites.

Durante alguns dias continuei gerenciando o processo de amamentação. Os pais estavam aparentemente menos ansiosos. Dias depois, Léo recebeu alta da UTI Neonatal e Pediátrica do HCSL.

6.2.1 O encontro de Cris e Léo

Para engravidar, Cris precisou da fertilização *in vitro*, uma vez que Lucas era vasectomizado. Léo era muito desejado pelos pais; sua mãe conversara com ele desde a concepção, chamando-o pelo nome tão logo fora identificado como do sexo masculino. Cris sabia do risco para o parto prematuro, porque apresentou um sangramento sugestivo de placenta prévia, segundo seu obstetra. Em função disto, veio ao Brasil, dadas as condições hospitalares melhores que as de Angola. O planejamento e a espera deste bebê, bem como o cuidado de oferecer o amparo hospitalar, evidenciou a vontade dos pais em ter um filho e demandar os cuidados necessários.

Cris reconhecia Léo como alguém que a entendia e que se fazia entender, pois sua quietude ou movimentação, intra e extra-útero, sempre eram investidos de sentido, de significação. Entretanto, apesar dela não demonstrar receios em estar com Léo, em olhá-lo, observá-lo e, principalmente, em tocá-lo, o fato de Léo

estar numa condição clínica delicada, constituiu-se numa barreira que distanciava mãe-bebê.

A condição clínica de Léo não inviabilizava o contato, mas para “preservá-lo”, nas palavras de Cris, ela evitava tocá-lo. De fora da incubadora, Cris banhava vocalmente seu filho, falando de seu amor e de sua espera por ele, mas quando houve a possibilidade de fazê-lo diretamente, através da abertura da portinhola da incubadora, o receio em prejudicar a saúde do filho emergiu por parte do pai e da mãe.

Ainda que a preservação de Léo possa ser compreendida em razão de sua condição clínica, configurando-se como acolhimento emocional, tais atitudes não favoreciam o acolhimento físico do bebê. Léo podia ser tocado e ouvir a voz materna, mas a mãe ficava recalcitrante. Nesse momento, o oferecimento de informações mediatizou mãe-bebê, pois diluiu os receios e favoreceu a aproximação.

Um aspecto importante a ser destacado é a figura do pai como suporte da mãe, que segura o filho. Em vários momentos, nem sempre registrados, Cris afirmou que Lucas, apesar de seu sofrimento, a acolhia nas horas mais difíceis e que isto dava-lhe forças para aguardar e acompanhar a recuperação de seu filho.

A mediação que aproximou mãe e filho ocorreu através do oferecimento de informações técnicas, ora demandadas por Cris, ora pelo profissional, o que favoreceu a autoconfiança materna e o envolvimento mãe-bebê pela linguagem tátil e vocal. A confiança materna no profissional possibilitou o direcionamento do olhar de Cris para questões como a minimização do ruído que chega à orelha do bebê, a compreensão das reações oromotoras de Léo e maior envolvimento na questão alimentar.

Por este registro é possível verificar que a mediação fonoaudiológica foi facilitadora da relação mãe-bebê, incrementada pela figura paterna que sustentou a mãe, auxiliando-a emocionalmente.

7.CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve por objetivo estudar a mediação fonoaudiológica como facilitadora da relação mãe-bebê de alto risco, a partir da constatação de que muitas mães apresentavam dificuldade de identificar a expressão corporal dos filhos, durante a evolução clínica e no processo de habilitação para alimentação oral exclusiva, bem como em envolver-se sensorialmente com eles. As ações fonoaudiológicas, neste contexto, se revelaram insuficientes, sendo necessária a investigação uma forma de ajudar o envolvimento mãe-bebê, uma vez que a sensorialidade se constitui numa semântica afetiva imprescindível para o desenvolvimento emocional do bebê e para a emergência da linguagem vocal e oral, foco de interesse da Fonoaudiologia.

Considerando-se a prematuridade como um fato determinante de conflitos, foi possível identificar através desta pesquisa, que ela suscita nas mães a necessidade de aceitar e conviver com um bebê diferente daquele imaginado, recebido num momento inusitado; gera conflitos, estresse, angústia, medo inexplicável, medo da proximidade, além de apreensão em ver o filho conectado a fios e a outros aparatos tecnológicos. Também evidenciou a presença da resignação, ansiedade, esperança e busca de informações precisas sobre o estado de saúde do bebê, associadas à necessidade de conviver com o mundo da UTIN, tão diferente do seu cotidiano. Estes achados estão de acordo com o que encontramos na literatura (Klaus e Kennell, 1993; Gomes, 1992; Feijó, 1998).

Neste contexto em que mãe e filho estão imersos, e cuja relação é frágil, o fonoaudiólogo ocupou a função de mediador a partir de uma via de acesso na relação mãe-bebê, oferecendo à mãe acolhimento em suas angústias e receios, e informações solicitadas por ela. Estes recursos da Psicanálise contribuíram para que o fonoaudiólogo se aproximasse da mãe, atuasse terapêuticamente como mediador, atenuando as distâncias entre ela e seu bebê a partir do fortalecimento da autoconfiança materna. Isto repercutiu capacidade de perceber, reconhecer o filho, e assim, acolhê-lo, deslocando a mãe de uma posição paralisada para sua inserção mais suave na relação com seu filho, que pela prematuridade foi extremamente invadido pelos cuidados médicos.

Durante a pesquisa também foram utilizados os seguintes recursos técnicos fonoaudiológicos: o posicionamento correto do bebê; o oferecimento de estímulos odoríferos e gustativos, a eliciação de reflexos de alimentação e de defesa, Sucção Nutritiva através de técnica sonda-dedo, a Sucção-Não-Nutritiva, o oferecimento do toque prazeroso, a abertura suave da portinhola da incubadora e o controle de luminosidade, através do uso do *black*, os quais são subjacentes à atuação na UTI Neonatal. Tais recursos, além de cumprir sua finalidade, também se constituíram como uma ferramenta de aproximação mãe e filho, auxiliando Cris, mãe de Léo, no interesse, participação e conhecimento dos detalhes técnicos relacionados à assistência alimentar de seu filho. Cris tornou-se coadjuvante na questão alimentar de seu filho, fato que não foi possível averiguar junto a Eva e José, porque o paciente foi transferido para o berçário.

É importante ressaltar que o envolvimento sensorial mostrou-se crescente a cada encontro, à medida que os receios suavizavam e que o reconhecimento dos bebês como filhos se davam. Foi notório que esse envolvimento ocorreu de forma diferente para as duas mães. A primeira, Eva, era mais recalcitrante que a segunda, tinha mais dificuldade de se aproximar através do olhar e do toque, e não se disponibilizava vocalmente a ele por medo. Cris, a segunda mãe, não apresentava dificuldades em manter-se envolvida visual e vocalmente com seu filho, Léo, apesar de relutar em aproximar-se através do toque. Nos dois casos, o mediador respeitou o ritmo próprio de cada mãe, cujas histórias gestacionais e disponibilidade para ir ao encontro dos filhos, eram bem diferentes. Por isso, a ênfase em um ou outro aspecto da mediação, no acolhimento ou na oferta de informações técnicas, variou conforme o profissional compreendia a disponibilidade da mãe e as condições clínicas e maturacionais do bebê. Para compreendê-la o fonoaudiólogo envolveu-se sutilmente, significando as expressões corporais e vocais maternas, incluindo seu silêncio, e adaptou-se de forma semelhante ao que Winnicott (1990 b; 2002) refere sobre a adaptação da *“mãe suficientemente boa”*. A singularidade materna se apresentou nesse momento, e deve servir como referência para a implementação das ações fonoaudiológicas de incentivo à mãe a falar, tocar, olhar seu filho internado, e participar das questões alimentares e cuidados auditivos - ações estas, muitas vezes, dissociadas dos aspectos emocionais maternos.

É importante frisar que, apesar do princípio do envolvimento sensorial como fundamental para o desenvolvimento emocional do bebê, somente o fonoaudiólogo conta com recursos técnico-científicos suficientes para cuidar do bebê, no tocante aos aspectos auditivos e alimentares, que exigem do profissional o olhar e o toque capazes de significar suas expressões corporais, sem exclusão dos aspectos clínicos inerentes à prematuridade. Sendo assim, é o profissional capacitado para conduzir a mãe, se ela se dispuser a isto.

Quanto à questão lingüística apontada neste trabalho, faz-se necessária a seguinte consideração. Uma vez que o envolvimento sensorial, além de contribuir para a diferenciação do bebê como Ser de existência própria, pelo alcance do “*self*”, é também uma linguagem afetiva imprescindível para a emergência da linguagem vocal e oral, a mediação fonoaudiológica pode se constituir como uma proposta preventiva em relação a ela porque, conforme exposto, favoreceu o envolvimento mãe-bebê. Linguagem é concebida, neste contexto, como uma importante expressão do “*self*”.

Passamos agora a tecer algumas reflexões sobre a contribuição de Winnicott nesta pesquisa e, em especial, na atuação fonoaudiológica com bebês prematuros.

A questão do nascimento a termo e pré-termo se mostra diferenciada para os bebês e seus pais, tanto em relação às condições anátomofisiológicas ao nascer, quanto ao acolhimento oferecido. Nas obras de Winnicott pouco é falado sobre as implicações do nascimento prematuro para o desenvolvimento emocional, mas sua teorização a partir do nascimento a termo permite algumas deduções.

Quanto ao momento do nascimento, Winnicott (1990 a, p. 133) afirma que “...o tempo certo..., do ponto de vista das necessidades emocionais”, é o momento “do nascimento a termo”, o que significa que o bebê pré-termo ainda não teria condições de amadurecer emocionalmente. Sabendo que a prematuridade impõe complicações fisiológicas diversas, é necessário considerar que, apesar do bebê prematuro não apresentar condições de desenvolvimento psíquico, naquele momento, ele está alocado um ambiente completamente diferente do útero, que é a incubadora numa UTIN. Ali, o bebê é afetado e o afeta por sua presença e peculiaridade. Neste contexto, quando a mãe entra em cena, ela se depara com seu ventre vazio e sem seu

filho aos braços, sendo cuidado por estranhos. Na verdade, o bebê nem deveria estar ali, diante dos seus olhos, deveria estar no útero, protegido dos ruídos e da manipulação nem sempre dosados, nem sempre prazerosos. A mãe precisa conviver com um bebê magro, muitas vezes com aparência envelhecido, muito diferente daquele retratado mentalmente, em geral, gordinho e parecido com ela mãe ou com o pai. Terá também que aguardar com paciência o momento da amamentação, postergada em razão das condições clínicas do bebê, e ainda assim ouvir de estranhos que tenha “calma para o leite não secar”. Enquanto isso, sem os festejos recebidos dos familiares quando nasce um filho, a mãe precisa conviver com um bebê cheio de fios dos monitores, sonda para alimentação, cateteres venosos periféricos e centrais, entre outros aparatos que nunca fizeram parte do seu dia-a-dia.

O bebê, conforme apresentado por Winnicott, necessita de uma mãe disponível, que o reconheça como objeto de amor, que se adapte as suas necessidades por meio da devoção; e não de uma mãe paralisada em receios e conflitos, pouco disponível a envolver-se sensorialmente. O bebê pré-termo, quando mais maduro e, portanto em condições de desenvolver seu psiquismo, precisa encontrar esta mãe dedicada, que o veja como filho; daí a importância de auxiliar a mãe, quando necessário, a aproximar-se de seu bebê e envolver-se com ele, neste momento tão delicado e conflituoso instaurado pela prematuridade. A mãe, que geralmente ocupa na UTIN um lugar de espectadora do filho, talvez pelos conflitos vividos, talvez porque os profissionais a apartem do bebê, não deve ser relegada a esta posição periférica. Mesmo que não possa ajudar tecnicamente seu bebê, função dos profissionais, mãe e filho não devem ser apartados, pois há um elo sensorial que os une desde a concepção, que não pode ser negado e que é imprescindível para a saúde física e emocional do bebê.

A mãe, de acordo com Winnicott (1990 b), tem também função importantíssima quanto à descoberta do bebê, de sua própria existência. Para este psicanalista uma das funções maternas é “ser espelho” para o filho: o rosto da mãe, mais especificamente o seu olhar afetivo, reflete para o bebê o que ela vê nele, então o bebê se vê no olhar materno. Qual a repercussão disso? O bebê, ao ver-se acolhido pelo olhar materno, é alimentado emocionalmente e tem a oportunidade de se sentir real, vivo, importante para alguém - reconhecido. O que pensar sobre isso quando a mãe não consegue ver seu filho? É possível que ocorram implicações no sentimento de unidade (“self”), de integração emocional do bebê, que é a base para seu

relacionamento com os outros e para a emergência da linguagem, expressão do “*self*”. Portanto, auxiliar a mãe no acolhimento visual de seu bebê se mostra relevante para o bebê se diferenciar como alguém real. Por outro lado, como o fonoaudiólogo pode desejar que a mãe participe dos cuidados alimentares e auditivos do bebê, se ela é incapaz de olhar seu filho, significar suas expressões corporais e vocais?

Quanto ao envolvimento através do toque, sendo essencialmente dosado pela “*mãe suficientemente boa*”, constitui-se como fundamental para a “*Personalização*” do bebê, pois ajuda na integração emocional deste, a partir da noção de que seu corpo se constitui nele mesmo (Winnicott, 1990 b). Do ponto de vista fonoaudiológico, o estímulo tátil dosado não estressa o bebê e contribui para sua organização neuro-comportamental, com repercussão inclusive na questão alimentar. Sendo assim, temos mais uma razão para que o toque seja incentivado na relação mãe-bebê.

Quanto ao banho vocal oferecido ao bebê, ele se insere como importante para a vitalização deste, que já ouvia a voz materna intra-uterinamente. Mas se a intensidade desta voz não for dosada a partir das expressões corporais dele, e do conhecimento científico sobre o desenvolvimento fisiológico da audição, a voz materna lhe será agressiva, implicando em estresse. A mãe devota ao filho sabe dosar sua voz, mas aquela ainda distante dele pode silenciar-se, ou agredi-lo, sem saber disto. Incentivar a mãe a conversar com o filho é importantíssimo, mas deve ser uma conduta pautada na disponibilidade materna; e sendo necessário, deve-se informar a mãe sobre a intensidade vocal adequada ao bebê. Observo que muitas mães, mesmo com a portinhola da incubadora aberta, com a face próxima ao rosto do bebê, falam fortemente com os filhos como se eles fossem surdos.

Especificamente em relação ao ambiente da UTI Neonatal, algumas considerações são válidas.

Para Winnicott (1990 a; 1990 b) o primeiro ambiente para o bebê é a mãe, por sua função de provedora e facilitadora do desenvolvimento emocional. A mãe adaptada ao filho não interrompe sua “*continuidade de ser*”, condição psíquica trazida ao nascimento; a linha de vida no tempo e no espaço. Falhas maternas recorrentes, como ausência de sustentação prolongada além do suportável pelo bebê, são denominadas de “*intrusão*”, porque invadem o núcleo do “*self*” que está em fase de constituição, interrompem sua linha de vida, causando danos à saúde mental do bebê.

O que pensar sobre o ambiente da UTIN? Por uma questão de sobrevivência, ele será o ambiente do bebê por muito tempo, dependendo do grau da prematuridade. A UTI não é um ambiente que oferece sensações prazerosas ou atitudes acolhedoras. Apesar dos profissionais de Enfermagem da UTI do H.C.S.L. conversarem carinhosamente com os bebês, segurá-los quando eles estão muito irritadiços ou chorosos, procurando acalenta-los, a rotina de cuidados não permite muito mais que isso. O tato frequentemente oferecido é o manuseio rotineiro, cuja função é o banho, a punção venosa, o posicionamento que favoreça a respiração, entre outros; os olhares oferecidos ao bebê são exploratórios, rápidos, direcionados a um ou outro membro; as vozes são diversas, são desconhecidas, e geralmente oferecidas em intensidade elevada, o que pode prejudicar a audição e o equilíbrio homeostático dos bebês; e o odor a que o bebê está exposto, é o exalado dos medicamentos e produtos diversos, muito diferentes daquele emanado pelo corpo da mãe.

O bebê, já deslocado tão precocemente do útero protetor, é invadido pelo ambiente da UTIN e precisará, de certa forma, se adaptar a ele. Esta invasão não poderia ser compreendida como uma “*intrusão*”? Não podemos afirmar qual a condição psíquica do bebê pré-termo no tocante a sua “continuidade de ser”, nem que a “invasão” da UTI causará danos à saúde mental dos bebês, mas é valioso considerarmos que o fonoaudiólogo pode amenizar o impacto do ambiente da UTIN no bebê, através dos recursos técnicos que dispõe. Pode inclusive “contaminar” a equipe de saúde no sentido de preservar os bebês dos níveis elevados de ruído, da manipulação excessiva, pouco dosada. Nos casos de procedimentos dolorosos a equipe pode amenizar a dor, oportunizando o bebê a sugar.

Por fim, considero que no âmbito fonoaudiológico, temos uma atuação tradicionalmente voltada para o atendimento aos bebês de alto risco, do ponto de vista somático, direcionado às questões alimentares e auditivas. Muitos trabalhos nesta área investigam técnicas mais eficazes, e exames mais sofisticados, para detectar e resolver distúrbios da alimentação e da audição. Mas frente às reações dos pais, em especial da mãe, o fonoaudiólogo pode se ver sem ação, paralisado, e concluir ingenuamente que, face àquela dificuldade materna, não há nada que possa fazer. Este trabalho vem de encontro a esta questão. É necessário que o fonoaudiólogo envolvido com responsabilidade na sua prática, compreenda a singularidade da mãe do bebê pré-termo, e disponibilize-se a ela para além de atitudes benévolas: que se

disponibilize a partir de uma sustentação científica que favoreça o desenvolvimento do bebê.

Nos casos apresentados nesta pesquisa a atuação fonoaudiológica voltada para os cuidados auditivos dos bebês pôde ser implementada logo ao início da internação; mas a atuação voltada para a alimentação, a partir dos parâmetros tradicionais, teria seu início somente ao final dela, em razão das possibilidades clínicas do segundo bebê, uma vez que o primeiro, José, fora transferido para o berçário. Ocorre, porém, que ao posicionar-me para além destas duas questões, alimentação e audição, portanto, como mediadora, foi possível rever a forma e o momento de oferta de cuidados aos pacientes internados na Unidade. Considerando a importância do envolvimento mãe-bebê e a repercussão para a linguagem do bebê, pude iniciar minha intervenção junto à mãe logo no início da internação.

As ações fonoaudiológicas do ponto de vista somático são imperiosas, mas não devem se esgotar em si e podem ser revistas à luz da teoria do Desenvolvimento Emocional. Dessa forma ressignificam-se, o posicionamento do bebê; a elicitación dos reflexos de alimentação e de defesa; a utilização da Sucção Nutritiva e Não-Nutritiva; a definição do melhor momento do paciente para receber intervenção fonoaudiológica; a explicação aos pais sobre a interferência do ruído na vida do bebê; o ato de levar o bebê ao seio materno, entre outros. Isto porque o cuidado fonoaudiológico com o bem-estar do bebê não deve se restringir a evitar estresse, alterações auditivas, ou ainda a trabalhar suas funções oromotoras: o cuidado com o recém-nascido deve valorizar e contribuir para a manutenção da “*linha de continuidade*” do bebê, já exposto ao ambiente agressivo da UTI.

Cientes que a sensorialidade repercute na constituição das funções psíquicas do bebê e que ela é fundamental para a emergência da linguagem vocal e oral, conforme apontado neste trabalho, é urgente que o tato oferecido ao bebê seja prazeroso, caloroso, afetivo; que o olhar seja alimento emocional, olhar de reconhecimento, para que o bebê possa sentir-se como alguém importante, um ser real; que a voz mais ouvida seja a da mãe, voz já conhecida intra-útero e que lhe sirva de acalento em sua estadia na UTI; e que o odor possa ser daquela mulher disposta a acolhê-lo em seus braços. Isto será possível quando todos os profissionais, não somente os fonoaudiólogos, reconsiderarem a importância e necessidade de não apartar mãe e filho, já separados bruscamente em razão do parto prematuro, e assim

se comprometerem com algo mais que a especificidade das técnicas de trabalho: o ser humano.

É inegável que a presença dos profissionais de saúde é imprescindível, aliada, é claro, aos recursos tecnológicos disponíveis. Entretanto, o linguajar técnico não deve ocupar lugar privilegiado, o qual pode, inclusive, prejudicar a óptica parental. O bebê internado pode ser descaracterizado de sua condição de humano, e mantido pela linguagem profissional como um ser frágil e doente, com repercussão no acolhimento oferecido pela mãe. A óptica da equipe médica e de apoio diverge necessariamente da parental por sua especificidade, e é exatamente por isso que se torna importante que a equipe de saúde resgate, em seu fazer clínico, aspectos essenciais da relação de uma mãe com um filho.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abram J. A Linguagem de Winnicott - dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Traduzido por: Marcelo D.G. da Silva. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.

Andrade CRF, organizadora. Fonoaudiologia em Berçário Normal e de Risco. São Paulo: Lovise; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Alterações da duração da gravidez. In: Manual técnico-gestação de alto risco. Brasília, 2000. p. 47-52.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual do curso. Brasília; 2002 a .

Brasil. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Exercício Profissional do Fonoaudiólogo. Brasília; 2002 b.

Brock R. Recém- nascido prematuro, baixo peso e retardo de crescimento intra-uterino. In: Basseto MCA; Brock R e Wajnsztein R Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica. São Paulo: Lovise; 1998. p.67-73.

Comitê brasileiro sobre perdas auditivas na Infância: período neonatal. J somape 2001. Disponível em : <http://www.somape.com.Br/pagjornalsomape2001.htm>

Feijó L. O Bebê pré-termo: intervenção precoce visando à melhoria da interação mãe-bebê [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998.

Freud S. (1923). O Ego e o Id. In: O ego e o Id e outros trabalhos. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol XIX (1923-1925). Rio de Janeiro: Imago; 1969.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.

Girardi ALFN. O bebê prematuro no discurso de suas mães [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003.

Gomes MMF. Ter o filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: o significado para os pais [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1992.

Gonçalves A e Brock R. Prematuridade. In: Basseto MCA; Brock R e Wajnsztein R, coordenadores. Fonoaudiologia e Berçário: um convite à atuação. São Bernardo do Campo: Centro de Estudos Neomater, 1995. p. 57-60.

Hernandez AM, organizadora. O Neonato. São José dos Campos: Pulso editorial; 2003.

Joint Committee on Infant Hearing. Joint Committee on Infant Hearing, 2000. Position statement. Available from: <http://www.audiology.org/professional/positions/jcih-early.php>

Júnior DS, Iamamura PEA, Figueira BBD e Fernandes GCV. Humanização e abordagem desenvolvimentista nos cuidados ao recém-nascido de muito baixo peso. In: Costa, HPF e Marba, ST. O recém-nascido de muito baixo peso. São Paulo: Atheneu; 2002. p.85-99.

Klaus MH e Kennell JH. Pais-Bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Klaus MH e Kennell JH. Assistência aos pais. In: Klaus MH e Fanaroff AA. Alto risco em neonatologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p.139-155.

Leal MLS. Preocupação materna primária: um conceito de D.W. Winnicott [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2004.

Leone CR, Ramos JLA e Vaz FAC. O Recém-nascido pré-termo. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA e Okay Y. *Pediatria Básica*. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2002. p.348-352.

Lima FCG; Meniconi MPM e Pedromônico MRM. Aspectos emocionais na tríade rn-família-hospital. In: Basseto MCA; Brock R e Wajnsztein R, coordenadores. *Fonoaudiologia e Berçário: um convite à atuação*. São Bernardo do Campo: Centro de Estudos Neomater, 1995. p. 32-35.

Matteo G. A função terapêutica na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso clínico [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.

Meyerhof PG. O neonato de risco-proposta de intervenção no ambiente e no desenvolvimento. In: Kudo AM. *Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia ocupacional em Pediatria*. São Paulo: Sarvier, 1990 a. p. 246 –275.

Montagu A. *Tocar: o significado humano da pele*. 8ª ed. São Paulo: Summus editorial; 1988.

OPAS/ OMS. *Costo efectividad del cuidado intensivo neonatal*. Organización Panamericana de La Salud. Organización Mundial de La Salud. Washington, D.C.; 1985.

Parrado MES e Costa Filho OA. O berçário de alto risco e o ruído das incubadoras. São Paulo, *Pró-fono* 4(1):31-34,1992.

Pursley DM e Cloherty JP. Identificação do recém-nascido de alto risco e avaliação da idade gestacional, prematuridade, pós-maturidade de crianças grandes e pequenas. In: Cloherty JP e Stark AR. *Manual de Neonatologia*. Rio de Janeiro: MEDSI; 1993. p. 100-121.

Rigotti H, Brandão K e colaboradores. *Hospital das clínicas “Samuel Libânio” (UTI Neonatal e Pediátrica)*. Pouso Alegre: 2003.

Rios IJA (organizadora). Conhecimentos essenciais para atender bem em fonoaudiologia hospitalar. São José dos Campos: Pulso editorial; 2003.

Rother ET e Braga MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. São Paulo: 2001.

Salomon DV. Como fazer uma monografia. 10ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Recém-nascido de alto risco. In: Prematuridade e insuficiência ponderal do recém-nascido - aspectos médico-sanitários. Instituto da Saúde, nº32,1978. p.33-45.

Vulliamy DG. Recém-nascidos de baixo peso, pré-termo, pós-termo e gêmeos. In: Vulliamy DG. O Recém-nascido. São Paulo: Manole; 1979. p. 91-117.

Xavier C. Assistência à alimentação de bebês hospitalizados. In: Basseto MCA; Brock R e Wajnsztein R. Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica. São Paulo: Lovise; 1998. p. 255-275.

Winnicott DW. A Criança e o seu mundo. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1975 a.

Winnicott DW. O Brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago; 1975 b.

Winnicott DW. Textos selecionados: da Pediatria a Psicanálise. Traduzido por: Jane Russo. Rio de Janeiro: F. Alves; 1988.

Winnicott DW. Natureza humana. Rio de Janeiro: Imago; 1990 a.

Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação-estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990 b.

Winnicott DW. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.