

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**CLÁUDIA REGINA ROSSO TREVISAN**

**MANIFESTAÇÕES PSICOMOTORAS DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO  
HOSPITALIZADO NO LAÇO MÃE-BEBÊ**

**Porto Alegre**

**2004**

**CLÁUDIA REGINA ROSSO TREVISAN**

**MANIFESTAÇÕES PSICOMOTORAS DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO  
HOSPITALIZADO NO LAÇO MÃE-BEBÊ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Anna Maria Hecker Luz

**Porto Alegre**

**2004**

T814m Trevisan, Cláudia Regina Rosso  
Manifestações psicomotoras do recém-nascido prematuro  
hospitalizado no laço mãe-bebê / Cláudia Regina Rosso  
Trevisan ; orient. Anna Maria Hecker Luz. – Porto Alegre, 2004.  
90 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso  
de Mestrado em Enfermagem, 2004.

1. Produção psicomotora. 2. Centros de saúde materno-  
infantil. 3. Cuidado do lactente. 4. Relações mãe-filho. 5.  
Comportamento materno. 6. Desenvolvimento infantil. 7.  
Recém-nascido. 8. Prematuro. 9. Plasticidade neuronal. 10.  
Humano. I. Luz, Anna Maria Hecker. II. Título.

LHSN – 458  
NLM –WE 104

Catlogação por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

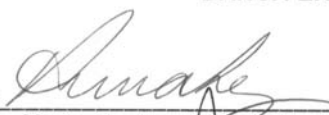
CLÁUDIA REGINA ROSSO TREVISAN


**Manifestações Psicomotoras do Recém-nascido Prematuro  
Hospitalizado no Laço Mãe-Bebê**


Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Enfermagem da  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como  
requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.


Porto Alegre, 1 de outubro de 2004.

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Dra Anna Maria Hecker Luz - Orientadora

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Rudimar dos Santos Riesgo - Membro

  
\_\_\_\_\_  
Dra Ana Lucia de Lourenzi Bonilha - Membro

  
\_\_\_\_\_  
Dra Eva Néri Rubim Pedro - Membro

## **AGRADECIMENTOS**

Aos colegas da equipe do Centro Lydia Coriat de Porto Alegre, pela interlocução que apontou para a realização deste trabalho;

A Professora Doutora Anna Maria Hecker Luz – Orientadora, pelo estímulo e conhecimento;

Aos profissionais da Unidade de Internação Neonatal, pela disponibilidade;

Aos bebês e suas mães, que aceitaram ser sujeitos da pesquisa;

Às minhas filhas Clara e Sofia, pelo carinho e bom humor;

Ao meu marido Paulo, pelo amor.

## A CRIAÇÃO DA MÃE

No dia em que Deus criou as mães (e já vinha virando dia e noite há seis dias), um anjo apareceu-lhe e disse:

- Por que esta criação está lhe deixando tão inquieto senhor?

E o Senhor Deus respondeu-lhe:

- Você já leu as especificações desta encomenda? Ela tem que ser totalmente lavável, mas não pode ser de plástico. Deve ter 180 partes móveis e substituíveis, funcionar a base de café e sobras de comida. Ter um colo macio que sirva de travesseiro para as crianças. Um beijo que tenha o dom de curar qualquer coisa, desde um ferimento até as dores de uma paixão, e ainda ter seis pares de mãos.

O anjo balançou lentamente a cabeça e disse-lhe:

- Seis pares de mãos Senhor? Parece impossível!?!

Mas o problema não é esse, falou o Senhor Deus - e os três pares de olhos que essa criatura tem que ter?

- O anjo, num sobressalto, perguntou-lhe:

- E tem isso no modelo padrão?

O Senhor Deus assentiu:

- Um par de olhos para ver através de portas fechadas, para quando se perguntar o que as crianças estão fazendo lá dentro (embora ela já saiba); outro par na parte posterior da cabeça, para ver o que não deveria, mas precisa saber, e naturalmente os olhos normais, capazes de consolar uma criança em prantos, dizendo-lhe: 'Eu te compreendo e te amo!' - sem dizer uma palavra.

E o anjo mais uma vez comenta-lhe:

- Senhor...já é hora de dormir. Amanhã é outro dia.

Mas o Senhor Deus explicou-lhe:

- Não posso, já está quase pronta. Já tenho um modelo que se cura sozinho quando adoece, que consegue alimentar uma família de seis pessoas com meio quilo de carne moída e consegue convencer uma criança de 9 anos a tomar banho...

O anjo rodeou vagarosamente o modelo e falou:

- E muito delicada Senhor!...

Mas o Senhor Deus disse entusiasmado:

- Mas é muito resistente! Você não imagina o que esta pessoa pode fazer ou suportar!

O anjo, analisando melhor a criação, observa:

- Há um vazamento ali Senhor...

- Não é um simples vazamento, é uma lágrima! E esta serve para expressar alegrias, tristezas, dores, solidão, orgulho e outros sentimentos. - Vós sois um gênio, Senhor! - disse o anjo entusiasmado com a criação.

- Mas isso não fui eu que coloquei. Apareceu assim...

## RESUMO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que investiga as manifestações psicomotoras de bebês prematuros (33 a 36 semanas de idade gestacional) hospitalizados, na relação mãe-bebê. A coleta das informações é a partir da observação participante e entrevista semi-estruturada. O estudo desenvolve-se em uma Unidade de Internação Neonatal (UIN) de um hospital escola de Porto Alegre e tem como sujeitos de pesquisa seis bebês internados nesta unidade e suas mães. Do processo de análise de conteúdo origina-se quatro temas: “O imaginário e o vivido na gestação”; “A leitura das manifestações psicomotoras do bebê”; “A fragilidade do bebê com relação ao meio” e; “As expectativas futuras com relação ao bebê”. Do olhar do pesquisador sobre os bebês e suas mães, desvela-se o universo vivido por estes personagens em situação de internação. A importância do trabalho reside em instrumentalizar os profissionais com relação ao conhecimento e reconhecimento das produções dos bebês e favorecer o entendimento das mães sobre estas produções, enquanto mais um recurso de prevenção e atenção à saúde.

**Descritores:** produção psicomotora; centros de saúde materno-infantil; cuidado do lactente; relações mãe-filho; comportamento materno; desenvolvimento infantil; recém-nascido; prematuro; plasticidade neuronal.

## **RESUMEN**

*Se trata de un estudio con características cualitativas que investiga las manifestaciones psicomotoras de niños prematuros (33 a 36 semanas de edad gestacional) hospitalizados, en la relación madre-niño. Se recogen las informaciones a través de la observación participativa y entrevista no estructurada. El estudio se desarrolla en una Unidad de Internación Neonatal (UIN) de un hospital escuela de Porto Alegre y tiene, como sujetos de la investigación seis niños internados en esta unidad y sus madres. Del proceso de análisis del contenido se origina cuatro temas: "Lo imaginario y lo vivenciado en la gestación", "La lectura de las manifestaciones psicomotoras del niño", "La fragilidad del niño con respecto al medio" y "Las expectativas futuras en relación al niño". De la mirada atenta del investigador sobre los niños y sus madres, se desvela el universo vivenciado por estos personajes en situación de hospitalización. La importancia de este trabajo reside en ofrecer instrumento a los profesionales, respecto al conocimiento y reconocimiento de las producciones de los niños y favorecer la comprensión de las madres de estas producciones, como mas uno recurso de prevención y atención a la salud.*

**Descriptor:** *desempeño psicomotor; centros de salud materno-infantil; cuidado del lactante; relaciones madre-hijo; conducta materna; desarrollo infantil; recién nacido; prematuro; plasticidad neuronal.*

**Título:** *Manifestaciones psicomotoras del recién-nacido prematuro en internación hospitalar en el laço madre-niño.*



## **ABSTRACT**

*This is regarding a study of qualitative nature that investigates psychomotor manifestations on premature babies (33 to 36 weeks of gestational age), hospitalized, under the relationship between mother and the baby. The data gathering is made from the participating observation and semi structured interview. The study is developed at a neonatal internment unit (NIU) at a school hospital in Porto Alegre, Brazil, and has six babies interned in this unit and their mothers as a research subject. The analysis process of its content originates four subjects: "The imaginary and the lived during gestational time"; "The reading of the baby's psychomotor manifestations"; "The baby's fragility with regard to the environment"; "The future expectations concerning the baby". The universe lived by these characters in hospital situation is unveiled by the look of the researcher over the babies and their mothers. The importance of this work resides on giving instruments to the professionals regarding the knowledge and recognition of baby's production, and to permit the understanding of mothers about these productions, as one more recourse of prevention and attention to health.*

**Descriptors:** *psychomotor performance; maternal-child health centers; infant care; mother-child relations; maternal behavior; infant child development; newborn; premature; neuronal plasticity.*

**Title:** *Psychomotor manifestations on premature babies hospitalized under relationship mother and baby.*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO.....</b>	<b>17</b>
<b>3 QUESTÕES DE PESQUISA .....</b>	<b>22</b>
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>23</b>
4.1 O Estímulo e o Precoce na Clínica da Estimulação Precoce .....	23
4.2 Desenvolvimento Infantil.....	26
4.3 A Estimulação Precoce na Unidade de Internação Neonatal .....	27
4.4 Algumas Considerações sobre o Corpo .....	30
<b>5 MÉTODO .....</b>	<b>34</b>
5.1 Tipo de Estudo .....	34
5.2 Cenário do Estudo.....	35
5.3 Sujeitos do Estudo .....	37
5.3.1 Critérios de Inclusão.....	37
5.3.2 Critérios de Exclusão.....	37
5.4 Coleta das Informações .....	38
5.4.1 Primeira Etapa .....	38
5.4.2 Segunda Etapa.....	38
5.5 Análise das Informações.....	40
5.6 Considerações Bioéticas.....	41
<b>6 O MUNDO DA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ: QUANDO A VIDA COMEÇA DIFERENTE.....</b>	<b>42</b>
6.1 O Imaginário e o Vivido na Gestaçã:Entraves da Prematuridade ....	43
6.2 Leitura das Manifestações Psicomotoras do Bebê.....	48
6.3 A Fragilidade dos Bebês com Relaçã ao Meio.....	62
6.4 Expectativas Futuras .....	72

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>87</b>
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevistas e Observação Participante.....	88
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	89

## **1 INTRODUÇÃO**

Este estudo tem a finalidade de contribuir com o conhecimento sobre a leitura e o reconhecimento das manifestações psicomotoras dos bebês prematuros hospitalizados. Refere-se à atuação do terapeuta em Estimulação Precoce e sua inserção em instituição hospitalar.

O atendimento e o entendimento dos bebês, com os quais identifique-me enquanto fisioterapeuta e terapeuta em Estimulação Precoce, define-se por uma prática para apoiar a criança nos aspectos estruturais e instrumentais, na interdependência com outras disciplinas que complementam as áreas do desenvolvimento humano.

A eleição desta temática específica é motivada por minha experiência profissional, desde 1993, na clínica com bebês do Centro Lydia Coriat de Porto Alegre, bem como a experiência hospitalar realizada pelo centro de mesmo nome em Buenos Aires, desde 1960.

A importância da precocidade da intervenção levam-me permanentemente, a refletir sobre a particular e conflitiva conjugação: Clínica de Estimulação Precoce e hospital, já que um número significativo

de bebês que necessitam de tratamento, têm essa necessidade constatada quando estão ainda sob os cuidados intensivos da internação hospitalar.

O funcionamento hospitalar como instituição, apresenta estrutura própria e peculiar e o trabalho de Estimulação Precoce nessa estrutura, precisa considerar tanto as questões que surgem no contato com os bebês - transtornos em seu desenvolvimento, suas particularidades e limites, quanto as diferentes modalidades da abordagem de tratamento.

O trabalho centra-se na observação do comportamento psicomotor dos bebês prematuros hospitalizados no laço mãe-bebê, visando uma melhor instrumentalização do terapeuta no que tange o conhecimento e reconhecimento das manifestações psicomotoras desses bebês. Aborda aspectos imprescindíveis na contribuição diagnóstica, já que, mesmo na prematuridade o bebê pode apresentar padrões psicomotores patognomônicos. Além disso, frente aos processos de subjetivação aos quais estão submetidos os bebês, por natureza imaturos - orgânica e psiquicamente, é preciso compreender como operar com essa realidade quando suas manifestações e possibilidades de respostas são possíveis através de sua expressão psicomotora.

O laço estabelecido entre a mãe e o bebê, funciona como uma "atadura humana" construída pela via do significante investido afetivamente e que se constitui por traços identificatórios. Atadura que situa, ordena e refere o sujeito, abrindo-lhe um leque de possibilidades ou limitações psíquicas (sintomas) que funcionarão como ponto de partida, como referenciais subjetivados – parâmetros dos quais o bebê, a criança e o adolescente farão uso para ir construindo sua singularidade e território

subjetivo. A transmissão dos traços identificatórios é cumprida pelo exercício das funções materna e paterna (MOLINA, 2003)<sup>1</sup>.

A precocidade da intervenção torna-se importante, pois nos bebês, o cérebro é um órgão de grande plasticidade. Seus dois hemisférios - o esquerdo e o direito - ainda não se especializaram. Isso só acontecerá entre os cinco e os dez anos de idade. No nível do córtex cerebral, não se conectaram as terminações nervosas responsáveis pela fala, visão, tato, o raciocínio matemático, o pensamento lógico ou musical. Portanto, as funções cerebrais não estão determinadas pelo nascimento (LENT, 2002). As crianças vítimas de uma lesão no lado esquerdo do cérebro, por exemplo, não conseguiriam recuperar a fala. Não é isso o que se observa na clínica, pois com um trabalho adequado de estímulo de resposta pessoal, observam-se conquistas importantes.

Esse fenômeno denomina-se plasticidade neuronal. Isto é, as conexões nervosas ainda estão em formação, e a desativação ou lesão de uma parte do cérebro, pode ser compensada por ligações neurais em outros pontos da massa encefálica. Com os adultos não acontece o mesmo. Quando vítimas de um derrame cerebral, em que a modelagem está completa, a lesão tem poucas chances de ser compensada. Esta é uma capacidade do cérebro de fazer novas conexões, existe do nascimento até poucos anos de vida, dependendo da função cerebral de que se trate. No caso da fala, essa capacidade se encerra por volta dos 10 anos de vida (LENT, 2000).

---

<sup>1</sup> MOLINA, Sílvia Eugênia. **Formações clínicas neuróticas em posição tangencial ao laço social**. Salvador: Ágalma, 2004. No prelo.

Uma pesquisa sobre a função visual, mostrou que a área cerebral desse sentido se encerra ainda mais cedo: aos 2 anos de idade. Na década de 70, os cientistas David Hubel, da Escola de Medicina de Harvard, e Torsten Wiesel, da Universidade Rockefeller, estudando crianças vítimas de catarata desde o nascimento, perceberam um dado que os deixou estarecidos: mesmo após a cirurgia de remoção da membrana, aos 2 anos, os bebês ficavam cegos, e assim permaneciam para o resto da vida (HUBEL,1995). Hubel e Wiesel foram além. Costuraram o olho de um gato recém-nascido e descobriram que uma semana de cegueira alterava a percepção visual do animal para sempre. Ambos os casos refletem uma situação oposta à que se verifica entre adultos acometidos de catarata quando relativamente idosos. Após a remoção da membrana, todos recuperam muito bem a visão. O que se pode concluir é que há um período muito curto (menos de dois anos) para se ligarem todos os circuitos entre a retina e a área do cérebro responsável pela visão. Perdida a oportunidade, ou prejudicada a ligação neural durante um certo período, esta permanecerá para sempre.

Foram essas descobertas que trouxeram o conceito de janelas de oportunidades ou janelas funcionais. Existe um tempo para essas conexões acontecerem, para sobrevivência neuronal. Se bem sucedidos, irão fixar-se como instrumentos a serviço de muitas funções e se mantidos inertes, é como se morressem.

Com relação ao conceito de plasticidade, faço agora uso do que foi elaborado por Jerusalinsky, A., juntamente com o Grupo Nacional da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco do

Desenvolvimento Infantil<sup>2</sup> como um dos subsídios teóricos da apostila de capacitação dos pediatras participantes da mesma, da qual faço parte como monitora em Porto Alegre.

Até pouco tempo, a neuropsiquiatria das primeiras idades, apoiava-se firmemente na idéia de que os processos maturativos tinham um ritmo automático e inato, definido pela conformação genética. Para formar essa opinião, utilizava-se como prova definitiva, o fato de que nas síndromes genéticas a maturação aparecia transformada ou retardada. Essa concepção levava a separar completamente os quadros de transtornos de desenvolvimento de qualquer transtorno psíquico, ou se considerava que estes últimos eram de alterações genéticas. Tendia-se negar a influência dos fenômenos psicopatológicos na maturação inicial do Sistema Nervoso Central. As considerações sobre a resiliência, apontavam na direção do controle genético e da maturação neurológica e desconsideravam os aspectos psíquicos. Por essa razão, os manuais de pediatria raramente continham esses indicadores, tanto de risco, como de resiliência (PAPALIA, 2000).

Em 1948, já eram evidenciadas as diferenças nos graus de mielinização entre as vias nervosas utilizadas e as não utilizadas no feto e em crianças no período perinatal (FLAKNER, 1969)

---

<sup>2</sup> Essa pesquisa está em andamento desde 2003, em dez centros do país. Em Porto Alegre, a validação dos indicadores é desenvolvida no Ambulatório do Hospital de Clínicas, por oito pediatras capacitados. Com aprovação do Ministério da Saúde (órgão financiador) e da Organização Panamericana de Saúde, a pesquisa conta com a apostila de capacitação que foi elaborada pelo Grupo Nacional de Pesquisa, que conta com expoentes como: Alfredo Jerusalinsky, Domingos Infante, Maria Cristina Kupfer, Maria Eugênia Pesaro, Otávio Almeida de Souza, entre outros. Uma síntese da pesquisa encontra-se publicada no jornal Folha de São Paulo, p. C 1, 16 de maio de 2004.



Confirmadas por Igor Esente (1956) em seu estudo sobre vias ópticas (primeiro em filhotes de gatos e depois comparando bebês prematuros com recém-nascidos a termo, nos primeiros 30 dias de vida), esses achados nortearam os estudos sobre a diferenciação nos níveis de densidade das ramificações vasculares cerebrais que se encontram nas regiões mais estimuladas ou menos estimuladas do cérebro.

As pesquisas de John Suomi com macacos *Rhesus* em isolamento e a continuação das pesquisas de Harlow com as mães de arame, revelaram a possibilidade de “autistização” secundária (KLAUS; KENNEL, 1993). A persistência ou incurabilidade do autismo, artificialmente produzido, demonstrou depender do tempo de isolamento contínuo. A anatomia patológica mostrou diferenças imprecisas e variáveis entre os indivíduos e significativas nas comparações com indivíduos “normais” (não submetidos ao processo de isolamento) das mesmas ninhadas.

Durante a década de 1980, houve avanços nas pesquisas sobre “migração neuronal”. Descobriu-se que a diferenciação das extensões axônicas e a morte seletiva de neurônios cerebrais para dar lugar à substituição por células nervosas mais especializadas, ocorrem após o nascimento e até aproximadamente os dezoito meses de idade. Aos poucos, foi-se percebendo como esses processos, chamados de “migração neuronal”, ocorriam sob a influência do meio externo. Por exemplo: o córtex occipital é mais grosso nas crianças cegas congênitas do que nas crianças videntes, se comparadas nas mesmas idades (HUBEL, 1995).

A partir dessas descobertas, modificou-se o conceito sobre o desenvolvimento e a instalação das funções cerebrais. As descobertas de

Kendell premiadas em 1999 - Prêmio Nobel de Medicina, sobre a multiplicação dos pontos apicais no eixo axônico de acordo com a configuração dos estímulos externos e a modificação da rede neuronal conforme a modulação afetiva, deram lugar ao conceito de neuroplasticidade. Esse conceito, além de englobar o conjunto de descobertas até aqui referidas, modifica completamente os critérios psicopatológicos dos tempos iniciais da vida e leva à notável coincidência com aqueles sustentados pela psicanálise freudiana no campo clínico desde o início do século XX.

## **2 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO**

A incidência de nascimento de crianças de alto risco e com diagnóstico de comprometimento orgânico, evidencia a necessidade de abordagens terapêuticas precoces, nesta etapa da vida. A precocidade do diagnóstico com o respectivo atendimento ao bebê, são fatores importantes para sua adequada evolução.

Nos primeiros três anos de vida os processos instrumentais - linguagem, psicomotricidade, hábitos de vida diária, o brincar e a socialização, e os processos estruturais - sistema nervoso central, sistema cognitivo e psíquico, são determinantes no desenvolvimento do bebê.

A especificidade da terapêutica de Estimulação Precoce teve início através do trabalho pioneiro da Dr<sup>a</sup> Lydia Coriat, no Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de Buenos Aires, quando prestou o atendimento àquilo que "não se cura", pelo menos no conceito de "cura" da medicina clássica: no estímulo aos bebês com síndrome de Down e às suas famílias.

A Estimulação Precoce surgiu como especialidade clínica há aproximadamente 30 anos, ao longo dos quais, apresentou os resultados

desse trabalho de intervenção em casos de problemas no desenvolvimento infantil. Seu surgimento se dá na interface com o de várias outras disciplinas, com as quais se faz necessária uma permanente interlocução, pois seus conhecimentos são fundamentais para o trabalho com bebês (CORIAT, 1997).

A estimulação precoce vem sendo construída com aportes fundamentais da medicina, neurologia, psicologia genética, fisioterapia, fonoaudiologia, puericultura e psicanálise. Considera-se a prática interdisciplinar em estimulação precoce uma terapêutica em que o objeto de trabalho é o bebê que apresenta dificuldades em seu desenvolvimento. O especialista que presta atendimento deve ter formação específica em bebês, com base no trabalho clínico, para possibilitar tanto o aparecimento de um sujeito de desejo como das aquisições instrumentais.

Para Coriat (1987) a estimulação precoce é aquilo que as mães fazem espontânea e naturalmente com seus filhos nos primeiros meses de vida.

O cenário da estimulação precoce surge a partir de uma diferença, ou seja, de um bebê visto como diferente, nomeado como “outro”, repartido entre seu corpo e o que seus pais vêem nele. Neste cenário o terapeuta observa o bebê, escuta os pais, brinca com o bebê, olha, fala, toca. Vai estabelecendo uma relação particular na qual os elementos do seu saber terapêutico possibilitam a leitura da produção<sup>3</sup> do bebê que se encontra diretamente relacionada com o lugar significativo que esse bebê ocupa para seus pais.

---

<sup>3</sup> Produção – ver definição página 49.

O recém-nascido é valorizado em sua relação com a mãe e, na medida em que ela "espera" dele um sorriso que o bebê sorri para ela. Este sorriso demora um certo tempo para acontecer, tempo necessário para maturação de algumas funções do bebê, mas quando ele ocorre, a mãe diz: "tu estás rindo para mim". A mãe percebe este sorriso como direcionado para ela. Portanto, neste momento o bebê responde a uma hipótese formulada pela mãe - ele se identifica a esta hipótese porque a mãe, quando interpreta, o faz supondo que ele ri, mesmo se é somente um espasmo. O tempo do espasmo é um tempo necessário - chegar ao sorriso em que o Outro é presente, exige um tempo de preparação - pois na medida em que a mãe não elabora a hipótese neste momento, se ela não nomeia, é porque tem alguma dificuldade em supor a existência de um sujeito no seu bebê. E aí aparece o transitivismo, apontado por Bergès e Balbo (2002), quando referem que é nesse momento, que o discurso que identifica o bebê vem do inconsciente materno (significante, pois é da ordem da linguagem) e supõe a presença de um saber na criança.

Esta capacidade da mãe de "injetar" significantes, de nomear, é de extrema importância para se pensar em termos de trabalho clínico, de possibilidades terapêuticas - para retomar a hipótese acima sobre a "aposta" do terapeuta nas capacidades da criança. Ele não vai se substituir à mãe, mas pode aprender com esta "função materna" dada pelo transitivismo.

Ao utilizar o transitivismo no laço transferencial como estratégia clínica, o terapeuta nega a sua própria ação como sujeito situando-se na posição do bebê, para, desde aí, afirmar a relação com o Outro, em que se afirma o sensório-motor como gesto significante (com representação interna)

– fundante da imagem corporal. Assim põe-se em cena o lugar de quem está tentando, no ato clínico, solidificar a posição do bebê e não a do terapeuta. Dessa forma, a criança adquire a crescente capacidade para brincar. Compreendido aqui como uma operação que configura o corpo, o brinquedo, a comunicação e o Outro, ou seja, instrumentaliza o bebê, pois é o Outro materno através de seu investimento que favorece o bebê em seu particular modo de fabricar e investir seu corpo.

Bergès (1997) diz que um bebê é um corpo receptáculo destinado a imprimir-se com as cores e o cenário do Outro. É o toque, o olhar e o dizer materno que modula, contorna e marca, ofertando ao bebê, atributos aos seus movimentos que são inicialmente reflexos. Operação essa, necessária para a sobrevivência, além da transformação daquilo que é da ordem da necessidade em desejo.

Espera-se que um bebê se mova bem e desenvolva suas maestrias corporais. Quando isso não ocorre, encontra-se diante de uma demanda do adulto que configura uma exigência que tende à inibição do brincar e de qualquer produção. E assim, depara-se com o ideal cultural produzindo sintomas no desenvolvimento.

A ênfase para esse tema situa-se na medida em que se acredita que o campo da estimulação precoce origina-se na diferença. Diferença que impede que os pais levem a cabo a tarefa de sustentar o seu bebê cotidianamente em suas necessidades e buscas, que possam vislumbrar um filho e que estejam dispostos a oferecer-se para obtê-los.

Produzir uma intervenção sem obturar as relações facilitadoras da apropriação de um lugar por parte do bebê, permite, ao mesmo tempo, que

ele seja esse ao qual os pais podem sustentar e acompanhar, favorecendo uma posição que guarda a singularidade que esses pais o tenham "vestido", configura-se como uma operação clínica fundamental. Para o bebê, sustentar este lugar outorgado por Outro, enriquecê-lo e ressignificá-lo, é um grande desafio.

Um determinado evento orgânico modifica o circuito da filiação, e é nessa alteração que o terapeuta em estimulação precoce opera.

A proposta dessa pesquisa é contribuir no corpo de conhecimento da estimulação precoce a bebês em internação hospitalar, decorrente do nascimento pré-termo. Acredita-se nessa etapa da vida como: o alicerce da maturação, do crescimento e das aquisições instrumentais, bem como da estruturação subjetiva, pois neste período, pode-se identificar manifestações dos bebês que apontam para seqüelas comprometedoras do desenvolvimento geral dos bebês .

Trata-se de um problema crucial no atendimento aos bebês, já que muitos cuidadores não são preparados ou capacitados para identificar as manifestações próprias do bebê, dificultando a interação entre ambos.

O direcionamento deste estudo refere-se às articulações entre o pensamento a cerca dos bebês e da sua subjetivação diante da realidade de internação hospitalar em conjunto com a possibilidade de intervenção precoce, com base nas reflexões de autores dedicados a essa temática.

### **3 QUESTÕES DE PESQUISA**

Podem ser destacados três eixos de objetivos formulados a partir de questões de pesquisa: Quais são as manifestações psicomotoras dos bebês prematuros hospitalizados? Quais são as respostas dos bebês frente à ação da mãe ou de quem exerce a função materna? Como favorecer o entendimento da mãe frente às manifestações do seu bebê?



## **4 REVISÃO DA LITERATURA**

Nesta seção, apresento inicialmente, o referencial teórico relativo ao tema de pesquisa e às definições conceituais que norteiam a atuação da especificidade terapêutica em Estimulação Precoce.

A seguir, destaco algumas idéias sobre o desenvolvimento do bebê no seu ponto de articulação com a estruturação subjetiva. Por fim, descrevo as considerações sobre o trabalho de Estimulação Precoce em instituição hospitalar e observações relativas ao corpo da criança.

### **4.1 O ESTÍMULO E O PRECOCE NA CLÍNICA COM BEBÊS**

O saber compreendido enquanto estímulo na prática da Estimulação Precoce, distancia-se tanto das idéias comportamentalistas de Skinner citado por Tavares e Alarcão (1985), como das idéias de Pavlov na teoria do reflexo, cuja hipótese fundamental é de que a espécie animal responde a estímulos do ambiente de forma incondicionada. Além destes, há o estímulo

que os neurologistas utilizam para verificar os automatismos que o bebê tem (como o reflexo patelar), não relacionado com a vontade.

Freud (1996) em "Projeto para uma psicologia científica" e "Três ensaios para a sexualidade infantil" aborda a questão do estímulo ao pensar o armador da pulsão, ou seja, que uma criança pode através de diferentes descargas, apagar determinados estímulos que ela recebe do meio, mas não tem como suprimir os estímulos endógenos.

A pulsão<sup>4</sup> poderia se pensar como o broto, a força germinativa, um impulso, uma propulsão, ou ainda a forma originária do querer. Se um bebê está com dor ou fome, não poderá realizar uma ação específica para que este desconforto que o acomete, cesse por não possuir um saber prévio para realizar esta ação. É a mãe quem diz que o que ele apresenta é fome.

Quanto ao estímulo, questiona-se onde está inserido, pois só faz sentido segundo o contexto em que se encontra, já que fora dele não fará sentido. Winnicott (1975) fala da "mostração de objetos ao bebê", o que remete à idéia de que um objeto não tem valor em si pelas suas características intrínsecas: cor, forma e textura, senão pela maneira com que o Outro tem de mostrar os objetos. As mães têm maneiras especiais de oferecer coisas a seus bebês favorecendo a aprendizagem, pois ela só pode advir pelo "lançamento" dos objetos no campo do Outro (definido como o Outro primordial ou materno da psicanálise - a mãe). Ou seja, a pura

---

<sup>4</sup> Por pulsão deve-se entender provisoriamente o representante psíquico de uma fonte endossomática e contínua de excitação em contraste com um "estímulo", que é estabelecido por excitação simples vinda de fora. O conceito de pulsão é assim um dos que se situa na fronteira entre o psíquico e o somático. A mais simples e mais provável suposição entre a natureza das pulsões, pareceria ser que em si uma pulsão não tem qualidade e no que concerne à vida psíquica deve ser considerada apenas como uma medida de exigência de trabalho feita à mente. O que distingue uma pulsão da outra e as dota de qualidades específicas é a sua relação com as fontes somáticas e com seus objetivos. A fonte de uma pulsão consiste na eliminação deste estímulo orgânico (FREUD, 1996).

experimentação sensorial não faz com que uma criança aprenda mesmo deparando-se com os objetos, pois como afirma Jerusalinsky (2002), a representação dos objetos não é uma consequência do encontro com seus contrastes físicos perceptíveis.

A palavra precoce também faz pensar, pois em um tempo em que as crianças estão sendo submetidas a programas específicos para terem ganhos antes do tempo, no sentido de produção de “super bebês”, quando define-se estimulação precoce, fala-se em intervir cedo, em um tempo que não há sujeito constituído no bebê, um tempo, em que o bebê está submetido à atividade automática, não voluntária, não corticalizada do ponto de vista maturativo.

Segundo Jerusalinsky (1999) há uma dimensão que refere-se a um tempo que perpassa o nosso fazer clínico. A neurologia apresenta a importância dos primeiros meses e anos de vida na constituição do sistema nervoso do bebê, pois nesse tempo, o cérebro sofre mudanças extraordinárias e caracteriza-se por ser muito maleável. O primeiro ano de vida está definido como o mais importante do desenvolvimento cerebral, o que faz pensar que não importa somente o equipamento genético, mas o que se propõe que se faça com ele e em que tempo isto é proposto. O desenvolvimento porém, não pode ser impresso de fora, ele deve ser proposto pela mãe a partir do exercício de sua função. Do contrário, os efeitos não contribuem para o bom desenvolvimento.

## 4.2 DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Para Winnicott (1982) uma porção básica de provisão ambiental facilita o desenvolvimento maturativo das primeiras semanas e meses e qualquer falha na adaptação inicial é um fator traumático que interferirá no processo de integração, dificultando o estabelecimento no indivíduo de um *self* que adquire existência e desenvolve capacidade de se relacionar com os objetos. Para este autor, nos estágios iniciais, a base da saúde mental do indivíduo estabelece-se, e esta relaciona-se com os processos de maturação, enquanto tendências herdadas e com as condições necessárias para que esses processos se realizem.

O desenvolvimento do ser humano é um processo contínuo tanto no aspecto corporal, como da personalidade e a capacidade para as relações. Como exemplo, uma criança privada do contato afetivo com sua mãe, inevitavelmente, se verá perturbada em alguma medida no seu desenvolvimento geral (WINNICOTT, 1982).

Para Ajuriaguerra (1977), no desenvolvimento da criança, os esquemas afetivos baseiam-se em mecanismos sensitivo-motores e sensitivo-viscerais, atualizados continuamente, nunca se separam completamente das reações tônicas e posturais que permitem sua primeira expressão: o "diálogo tônico" é e continua sendo, a principal linguagem da afetividade.

Do ponto de vista da psicanálise, o desenvolvimento do bebê não opera por simples automatismo biológico, pois os estímulos externos não são o motor de seu desenvolvimento, e seu corpo não se organiza pelas

funções musculares ou fisiológicas, mas pelas marcas simbólicas que o afetam (JERUSALINSKY, 1999). O que marca o ritmo do desenvolvimento é justamente, o desejo que o Outro opera sobre a criança através daquilo que lhe diz. O maturativo, segundo Coriat (1991), mantém-se como limite e não causa do desenvolvimento enquanto processos relativos ao sistema nervoso central e aos processos psicológicos, conduzindo a adaptações cada vez mais flexíveis, incluindo os aspectos neuropsicomotores.

Para Levin (1995) desenvolver implica liberar as diferentes funções motoras e fisiológicas, sendo preciso desamarrar o que permanece amarrado ao corpo, permitindo o nascer de um sujeito no qual se supõe uma inscrição. A partir daí, vê-se a manifestação da expressão psicomotora do bebê, em que o tempo unidirecional e cronológico descrito pelas "pautas maturativas", está atravessado pelo tempo dissonante e descontínuo do Outro - tempo diacrônico que opera a partir da subjetividade.

#### 4.3 A ESTIMULAÇÃO PRECOCE NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL

As diferenças das manifestações expressivas e de desenvolvimento dos bebês prematuros, em relação aos bebês a termo é seu estado de saúde. Se o bebê está bem, essas manifestações chegarão um pouco mais precocemente ao prematuro, do contrário, elas estarão retardadas desenvolvendo-se manifestações de compensação que temporariamente, parasitam as expressões dos bebês. Ressalta-se que é de um valor inegável

destinar toda a atenção a esses bebês, perpassando inclusive dos cuidados, pois são nesses movimentos inter-relacionais que enriquecerão os comportamentos dos bebês por um efeito de *feed-back* entre o adulto e a criança (BUZNEL, 1997).

Portanto, acerca dessa temática, está em jogo o tempo e o lugar de atendimento (JERUSALINSKY, 2000). Tempo definido como aquele que se antecipa em algumas patologias ou atraso de desenvolvimento provocado frente ao diagnóstico orgânico do bebê e sua família. Tempo que remete a uma precocidade, um lugar de diagnóstico e internação, local para que o terapeuta em Estimulação Precoce atue e compartilhe seu saber acerca dos bebês.

Os pais do recém-nascido, não só se vêem confrontados com a situação de urgência do ponto de vista da internação, como também, ficam completamente deslocados do exercício dos primeiros cuidados dirigidos ao neonato. Esta situação precisa ser ressignificada durante o tempo de internação, do contrário, pode vir a se instalar obstáculos na relação com o bebê, que permanecerão após a alta, interferindo no seu desenvolvimento futuro.

A prolongada internação e a exposição a diversos procedimentos também têm efeitos sobre o recém-nascido, podendo alterar aspectos constitucionais que servem de base para suas primeiras aquisições instrumentais.

O apoio orgânico à vida dos recém-nascidos prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva, requer uma intervenção intensa por parte da equipe de saúde. Tal intervenção, fundamental para sua vida, não deixa

de ter efeitos problemáticos que os médicos e os enfermeiros procuram detectar e minimizar.

Para Laznik (1997) os efeitos da palavra sobre o olhar dos pais, como a que organiza as manifestações psicomotoras do corpo da criança - unidade da imagem corporal de um bebê - só pode se formar no olhar do Outro (mãe ou quem exerce a função materna), permitindo-lhe constituir uma unidade corporal pela intervenção terapêutica no laço: pais-bebê.

Quanto à prevenção da síndrome autística, Laznik (1977) afirma que o que mais tarde constitui para o bebê a vivência de seu corpo, supõe uma articulação complexa entre sua realidade orgânica e a “era do olhar” (LAZNIK, 1997, p. 35) dos pais.

É uma forma particular de investimento narcísico, que permite aos pais uma ilusão antecipadora em que eles percebem o real orgânico do bebê, aureolado pelo que se representa e poderá advir. É a ilusão antecipadora, o olhar que permite à mãe escutar, de início, os balbucios do bebê, mensagens significantes que ele tornará sua mais tarde, o que Winnicott chama de “a loucura necessária das mães” (WINNICOTT, 1988, p. 30): ver e escutar o que ainda não está presente para que um dia possa vir a ser. O olhar se antecipa à ação, à manifestação psicomotora.

Sabe-se porém, que nem todos os bebês podem receber colo, e nestes casos, o “*holding*” – sustentação corporal que proporciona ao bebê segurança e confiabilidade, ficará possibilitado pela facilitação de uma ligação entre os pais e o bebê, através do estar com, do acompanhar um olhar ou uma expressão, como forma de sustentação das mudanças tônico posturais do neonato. A voz aqui cumpre um importante papel, já que se

oferece como uma parte do corpo dos pais. Como descreve Manghi (1997), é por meio da voz que se arma o espaço pericorporal na relação do próprio corpo com o corpo do outro, onde se coloca a função tônica que atribui presença e estatuto de existência ao corpo do bebê.

Trata-se de armar um “colchão sonoro” que teria o mesmo valor que os braços da mãe quando oferece as inúmeras percepções por esse contato, fazendo as primeiras ligações ao corpo do bebê.

Molina, trata da questão do “envoltório corporal” unificador que o colo materno favorece, como sendo a fonte dos estímulos que ajuda o bebê organizar-se a partir da possibilidade de atividade que os reflexos inatos favorecem, juntamente com os esquemas de ação, possibilitando ao bebê montar um instrumento para efetuar as primeiras formas de familiarização do espaço, do entorno imediato ao corpo materno, começando a conquistar com o próprio corpo seus esquemas sensório-motores, instrumentos que lhe permitirão fazer as trocas com o meio. (MOLINA, 1998, p.13)

#### 4.4 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O CORPO

A idéia da divisão do ser humano é muito antiga, percorrendo a história da filosofia e da medicina desde as origens.

No final do século XIX, Freud (1996) estabelece um corte, não mais entre corpo e alma, mas entre consciente e inconsciente, embora essa idéia de ruptura mente/corpo persista.



Lacan *apud* Queiroz (2000), rejeita completamente esse modelo divisório, pois exclui inconsciente, sujeito e linguagem, sugerindo a expressão epistemo-somática que coloca uma divisão entre saber (ciência) e ser. A psicanálise, surge ao mesmo tempo em que a medicina torna-se ciência, justamente a partir da descoberta do corpo, da introdução do método anátomo-clínico. Freud subverteu a noção de corpo anátomo-fisiológico criando o corpo imaginário. Daí por diante, a distância entre o sujeito e o corpo foi progressivamente, aumentando. A medicina passou a ocupar-se essencialmente do corpo e mesmo as questões mais subjetivas do ser, foram objetivadas em algum ponto do corpo.

Este é um problema que não se resolve através da psicologia médica, pois essa não atinge a influência do psíquico sobre o corpo. A falha epistemo-somática também pode remeter à relação do ser com seu próprio corpo, quando afetado por uma lesão, pois o sujeito fica alienado no discurso do outro, isto é, naquilo que é dito pelo outro social e pela ciência.

O corpo é uma estrutura biológica que se mantém através de funções que regulam seus ritmos vitais. As funções tônico-motoras expressam um eixo corpóreo, que no bebê está ritmado pelas presenças e ausências que demarcam o “Outro materno” - em seus cuidados, nas mudanças e giros corporais que realiza com o recém-nascido, nos jogos e imitações corporais e, no manejo do corpo.

A mãe produz sensações cinestésicas e labirínticas que ecoam no corpo do bebê com um ritmo que irá marcar os primeiros encontros e desencontros com a mãe. No seu correlato tônico, o impulso motor no bebê, responde a um ritmo delimitado pelas presenças e ausências, “abrindo

caminho à representação, que desse modo ficará ligada ao corpo, em sua função de receptáculo do toque, do dizer e do movimento que o Outro imprime no corpo” (LEVIN, 2000, p.123).

Para Bergès (1997), as imitações precoces do lactente e as perguntas sobre os efeitos do desejo da mãe no corpo da criança, permite a função de “corpo receptáculo”. Para este autor, a ideologia moderna, do corpo, tende a fazer acreditar que a felicidade passa pelo corpo liberado, pois por ele mediatiza-se a relação. Assim, um retorno ao corpo é a panacéia, que permite ao ser falante escapar à divisão radical da linguagem infligida ao sujeito, de só poder falar na medida em que se direciona a um outro. Não somente esta expressão corporal encontra-se assujeitada ao outro, como a palavra ao ouvido do auditor, na busca de ser compreendido, notado, amado, no órgão da gestualidade, pois o corpo é um lugar de inscrição, destinado a imprimir-se com as cores e os cenários de outro.

Quanto à formação da imagem inconsciente do corpo, Dolto (1992) refere os riscos de alteração desta imagem. Diz que pode-se partir daquilo que vale como uma espécie de lei geral. Um ser humano, sem anomalias neuromusculares ou vegetativas, pode encontrar-se na impossibilidade de estruturar a sua primeira imagem corporal, e de sustentar a sua identificação fundamental. Para isso, basta ter sofrido rupturas danosas no elo precoce com sua mãe, tanto ao longo de sua vida fetal simbiótica de lactente, - período em que o equilíbrio da díade mãe-criança é essencial para o seu devir humano, ou seja, para a sua constituição subjetiva.

A maturação, o crescimento e o desenvolvimento dependem dos processos de formação da vida psíquica, ou são extremamente sensíveis a

eles. Essa formação acontece em uma dependência direta dos outros que são responsáveis pelos cuidados com a criança. A constituição do sujeito, ocorre por meio de identificações e pela transmissão de significações afetivas, morais e sexuais que têm origem nas primeiras relações da mãe com seu bebê.

A formação da subjetividade, conforme teoriza Jerusalinsky (1999), se inicia com a entrada da criança no mundo simbólico da linguagem, o que humaniza a criança e permite que ela se situe em uma cultura com uma identidade particular. Ele nos diz que as variáveis presentes na formação da subjetividade da criança, não dependem dela e de seus dotes inatos, mas do outro que administra os cuidados. A construção da subjetividade inicia-se nas primeiras experiências de satisfação das necessidades do bebê, tendo seus primeiros 18 meses de vida, particularmente, importantes.

## **5 MÉTODO**

Serão tratados a seguir, o tipo de estudo realizado, o cenário e os sujeitos do estudo com os critérios de inclusão e exclusão, seguido da coleta e análise das informações.

### **5.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. Exploratório que segundo Triviños (1987, p. 109-110), “permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de uma determinada idéia” e, descritivo por descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade.

A abordagem qualitativa, segundo Polit e Hungler (1995, p. 269-270), “baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores”. Essa abordagem envolve tipicamente um delineamento emergente – um delineamento que

emerge no campo à medida que o estudo se desdobra (Polit; Beck; Hungler, 2004).

## 5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O local de coleta das informações é a Unidade de Internação Neonatal (UIN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, localizada no 11º andar da ala norte do hospital, destinada ao atendimento de recém-nascidos tanto saudáveis, que recebem cuidados de higiene e exame físico ao nascer e são encaminhados ao alojamento conjunto com as mães, quanto bebês que necessitam cuidados complexos ou que estão expostos a risco de vida.

A procedência dos bebês varia do centro obstétrico e emergência até transferência de outros hospitais da grande Porto Alegre e, principalmente, outras cidades do interior do Estado do Rio Grande do Sul.

A maior parte dos bebês é composta por recém-nascidos pré-termo e o tempo de internação varia de 10 a 60 dias.

O espaço físico da UIN é composto por oito salas, em que os bebês ficam internados de acordo com os critérios estabelecidos conforme as características que apresentam. Existem duas salas de Unidade de Terapia Intensiva, quatro salas de Cuidados Intermediários, uma sala de Isolamento e uma de Admissão.

Os recém-nascidos de alto risco possuem atendimento especializado com utilização de equipamentos e tecnologia avançada, bem como

profissionais da área da saúde, especializados no atendimento de patologias neonatais.

Centro de referência no atendimento em neonatologia, a UIN conta com um serviço de pesquisa em genética e equipe especializada em cirurgia pediátrica, neuropediatria, destacando-se também no atendimento à bebês com malformações congênitas.

A referida unidade conta com 53 leitos, sendo 20 de alto risco, e 27 que exigem cuidados intermediários, além de seis leitos de admissão. A equipe médica é composta de seis professores de neonatologia, doze médicos plantonistas contratados do hospital e oito médicos residentes em pediatria. A equipe de enfermagem é distribuída em cinco turnos, formando cinco equipes nos turnos manhã, tarde e noite um, noite dois, e noite três. Os turnos diurnos são compostos por quatro enfermeiros e vinte técnicos de enfermagem e os noturnos por três enfermeiros e dezessete técnicos de enfermagem.

Os demais serviços que fazem parte da unidade são de: psicologia, com cinco estagiárias que acompanham os pais dos bebês; serviço social que conta com uma assistente social; nutrição no lactário e banco de leite humano com uma nutricionista e pessoal responsável pela nutrição e distribuição das dietas. Atuam diariamente na UIN, uma nutricionista e duas enfermeiras consultoras em aleitamento materno.

Além destes, outros serviços que fazem parte do funcionamento e da equipe de saúde atuam na UIN, junto aos bebês e seus pais: fonoaudiologia, laboratório, radiologia, fisioterapia, higienização, secretários

administrativos e estagiários da Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem da UFRGS.

### 5.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Bebês prematuros com idade gestacional intermediária, ou seja, segundo o método Capurro que define a idade maturativa, entre 33 a 36 semanas de gestação e suas mães ou quem exerce a função materna (FREITAS et al, 2001)

#### *5.3.1 Critérios de Inclusão*

Bebês com idade gestacional entre 33 e 36 semanas, liberados para o estudo pela equipe médica, clinicamente estáveis e sem presença diagnóstica de lesão neurológica. Foi considerado também para este critério, a concordância dos pais ou responsáveis em incluir seu bebê no estudo e participar dos encontros de coleta de informação.

#### *5.3.2 Critérios de Exclusão*

Bebês sem quadro clinicamente estável ou presença de patologias definidas como lesões neurológicas, síndromes ou idade gestacional inferior a 33 semanas.

## 5.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

Para coleta das informações foram utilizados os métodos de entrevista, observação participante, filmagem e registro de campo.

### 5.4.1 *Primeira Etapa*

Definição do grupo de bebês a serem observados. Esta etapa ocorreu de acordo com a liberação dos prováveis sujeitos pela equipe médica da UTI neonatal ou internação neonatal, seguindo os critérios de inclusão/exclusão, descritos anteriormente.

Foram quatro meses de seleção dos sujeitos do estudo, em que a pesquisadora deparou-se com dificuldade para encontrar bebês que não apresentassem patologia diagnosticada e que estivessem clinicamente estáveis.

### 5.4.2 *Segunda Etapa*

Encontros para observação e entrevista, registro de campo (APÊNDICE A), com observação participante e filmagens dos bebês. A entrevista com a mãe aponta para a percepção da mesma com referência às reações e comportamentos de seu filho(a). Os encontros ocorreram de três a quatro vezes por semana, com duração de duas horas, e tempo previsto



de observação de três semanas para cada bebê. A observação teve como objetivo a leitura das produções corporais dos bebês, entendidas como toda expressão de movimentação física, expressões faciais e reações de choro, desconforto ou satisfação.

O número de sujeitos foi de seis bebês com as respectivas mães (duas com parto gemelar). A coleta mostrou-se adequada e quando as informações tornaram-se repetitivas, encerrou-se a coleta.

A entrevista aberta teve a finalidade de encorajar os pais a fornecer informações, principalmente, de suas experiências de vida, pontos de vista e visão de mundo (LEININGER, 1985). O sujeito para a entrevista foi o responsável pelo bebê que permanecia mais tempo junto a ele, ou seja o que exercia a função materna.

A observação participante auxiliou no conhecimento da realidade dos pais em relação ao filho prematuro em seu ambiente real. Constitui uma técnica através da qual o pesquisador participa do funcionamento do grupo ou sujeito investigado. Possibilita a observação em cada contexto, experiência, estrutura e símbolos que são relevantes aos sujeitos (POLIT; HUNGLER, 1995).

O registro de campo, foi realizado após o contato individual, de forma rigorosa, segundo os acontecimentos. Além de destacá-los, as notações possibilitam ao pesquisador transformar um acontecimento transitório em um evento de destacado valor, para onde pode voltar sua atenção várias vezes (FLICK, 2004).

As filmagens, restritas à coleta de dados necessária às questões de pesquisa, permitiram confrontar os dados obtidos nas entrevistas e observações.

## 5.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Utilizou-se a análise descritiva das características identificatórias dos sujeitos e análise de conteúdo das informações coletadas segundo a proposta de Bardin (1977), obtidas nos encontros com os bebês da pesquisa e seu responsável na relação de cuidado.

A análise das informações segundo Bardin (1977) estabelece uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder à questão formulada, ampliando o conhecimento sobre o assunto pesquisado. A análise ocorreu concomitantemente com a coleta das informações.

A análise de conteúdo do tipo temática adotada nesse estudo é realizada em três etapas cronológicas: a primeira chamada de pré-análise que objetiva organizar as idéias iniciais, levando à formulação de hipóteses ou indicadores que fundamentem a interpretação final. Após, ocorre a exploração do material ou análise, em que é feita a codificação dos dados obtidos. E a última etapa é chamada interpretação, na qual se chega às unidades de significação que constituem os temas propriamente ditos, que são a “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto

analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 1977, p. 105).

## 5.6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

A pesquisa foi desenvolvida conforme a regulamentação das Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde estabelecida, no Brasil, em 1997. Garantido o respeito à pessoa sujeito da pesquisa ou seu responsável legal, o pesquisador e o trabalhador da área onde foi desenvolvida a pesquisa, pelos princípios da justiça, do respeito ao indivíduo e da beneficência, promovendo o bem estar do indivíduo e evitando o erro (GOLDIM, 1997).

O Comitê de Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, aprovou sua realização sob parecer nº03407/03.

Os aspectos éticos de pesquisa, também estão preservados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

## **6 O MUNDO DA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ: QUANDO A VIDA COMEÇA DIFERENTE**

Os dados aqui apresentados e analisados, foram coletados por entrevista, observação mãe-bebê, do ambiente e das filmagens.

Os sujeitos são representados por M (mãe), P (pai) e S 1, 2, 3, 4, 5 e 6 (bebês). O leitor irá deparar-se com as falas das mães dos bebês que estarão representadas como por exemplo, MS1, ou PS1, se for uma fala do pai. No caso dos gêmeos, a representação está como MS3 e 4; MS5 e 6. Entre colchetes ( [ ] ), o leitor encontrará comentários da pesquisadora no exercício de sua interação com os sujeitos do estudo.

Na apresentação da análise, não foi possível isolar as falas da mãe e a observação realizada. Desse modo, para captar a riqueza do laço entre a mãe e o bebê, há uma superposição entre os dois métodos de coleta (entrevista e observação participante). A filmagem serve como pano de fundo que permeia e ilustra com imagens este cenário, composto do ambiente geral da unidade e do ambiente específico do bebê, incluindo incubadora, aparelhagem de sustentação e os personagens que interagem com ele: os profissionais da área da saúde, os pais e a pesquisadora. O

recurso visual oferece suporte ao que é dito pela mãe e observado pela pesquisadora, como mais um recurso de coadunação da decodificação dos achados.

Segundo Bauer (2002), existem ocasiões em que um único código não capta totalmente a densidade de sentido de uma unidade, em concordância com o que já foi afirmado por Saussure (1977) acerca da semiótica como sendo a ciência dos signos, em que os signos não se limitam aos campos da fala e da escrita.

Os resultados aqui descritos são, portanto, a interação dos recursos utilizados na coleta e análise dos dados.

Da análise dessas informações surgiram, inicialmente, onze temas que foram agrupados em quatro grandes temas com as devidas categorias: o imaginário e o vivido na gestação; a leitura das manifestações psicomotoras do bebê; a fragilidade do bebê com relação ao meio; as expectativas futuras com relação ao bebê.

## 6.1 O IMAGINÁRIO E O VIVIDO NA GESTAÇÃO:

### ENTRAVES DA PREMATURIDADE

Este tema, aparecem concomitantes - o esperado na gestação e as primeiras vivências, a partir do nascimento.

Para as mães não é possível separar esses momentos, pois um bebê “é” antes mesmo de nascer. É aquilo que os pais imaginam e falam dele. Uma mãe fala com seu “bebê-feto” e inicia aí o laço de interação com

ele. Imagina como será, qual a cor dos olhos ou com quem se parecerá. Esse bebê que ainda não nasceu está presente no discurso dos pais.

Quando a gravidez transcorre dentro do previsto, é comum que a mãe estabeleça essa comunicação. Ela reconhece a atitude do bebê, provoca o estímulo e, também, é provocada por ele.

*Sempre conversei com ela desde que estava na barriga, ela se mexia muito. Meu marido disse que ia ser dançarina, mas quando eu conversava, ela ficava bem quietinha (MS1).*

Existem pais que gostam de conversar com o bebê quando ele ainda está na barriga e isso aparece como uma medida benéfica, pois nessa atitude, mesmo sem saber o quanto absorve de informações ainda no ventre materno, estes primeiros contatos parecem preparar a relação futura.

Mas existem situações que podem ocasionar o parto prematuro. Para algumas mães, estas alterações apresentam-se no decurso da gestação pelo diagnóstico de risco (alteração nas estruturas de suporte do bebê), que resultam no conhecimento de que algo poderá não transcorrer normalmente no desenvolvimento do seu bebê. Essa condição gera um cuidado especial.

A prematuridade não é pensada como possibilidade mas, constatada ou notificada na avaliação do desenvolvimento do bebê, realizada pelo profissional da saúde.

Winnicott (1982) aborda a questão das “mudanças na mãe” inicialmente, fisiológicas que sensibilizam a mulher para mudanças psíquicas mais sutis que se seguem ao nascimento do bebê. Há uma

transferência do interesse por si própria e para o bebê que está crescendo dentro dela e desse modo, as mães podem atingir uma percepção muito sensível do que necessita o bebê.

Os costumes, e conseqüentemente, o modo de encarar os filhos, mudou muito desde a idade média, e houve ao mesmo tempo uma evolução na história dos sentimentos. A importância que damos à criança e à infância nos dias de hoje não existia na idade média. Essas questões eram fortemente influenciadas por questões econômicas e principalmente, religiosas. As amas-de-leite tinham um lugar importante, apenas para fins alimentares. A partir do século XIX, essa imagem mudou e o lugar que as crianças ocupam em nossa sociedade é bastante diferente nos dias atuais.

Badinter (1985) não acredita em "instinto maternal", nem em "voz do sangue", apesar de acreditar em "amor maternal". Enfatiza que embora não se possa reduzir o amor à aprendizagem, recusa identificar a mulher à mãe. O que conta é sua história individual, ou seja, de acordo com seus desejos frustrações, a mulher terá mais ou menos vontade de cuidar de seu filho e terá mais ou menos facilidade também.

Atualmente, a tecnologia, tanto de imagem, como laboratorial, possibilita o diagnóstico mais precoce. Os pais são informados do risco do nascimento prematuro, mas quando vivenciam a internação decorrente do parto prematuro, falam do distanciamento entre o que imaginavam e o que estão passando, em diferentes momentos. As mães e seus bebês em pesquisa quando questionadas acerca do motivo pelo qual haviam tido o parto prematuro, trazem um saber que lhe foi informado.

*Eu tive pré-eclâmpsia e deu bolsa rota. Antes disso estava tudo bem, a gravidez vinha normal e agora estamos aqui os três. É muito difícil ficar aqui e pensar em ir para casa sem eles (MS5 e 6).*

Mesmo em situação de adequada estruturação familiar, o estar com o bebê hospitalizado traz diferença. Os pais têm consciência que algumas situações podem ocasionar parto prematuro, porém, deparar-se com essa realidade, gera a sensação de impotência, ao mesmo tempo que aparece a culpabilidade das mães com relação ao que poderiam ter feito para que seu bebê ainda estivesse em seu ventre.

*Não sei, acho que dois dias antes delas nascerem eu me danei muito, queria que tudo estivesse pronto. Talvez se eu mantivesse o repouso isso não teria acontecido (MS5 e 6).*

Um recém-nascido internado em UIN, encontra-se em situação de risco, não só organicamente como também, em seu desenvolvimento e constituição como sujeito. Estar longe de casa e dos familiares, se torna mais difícil para uma mãe a tarefa de sustentar seu bebê em situação de hospitalização.

*Com 25 semanas eu fiz ultrassom e eles disseram que poderia nascer com 33 semanas porque eu tinha uma coisa na barriga que era no útero, não sei bem o quê. Por isso, eu já sabia que podia nascer antes e não pegava no pesado. Agora estou aqui, na casa de apoio<sup>5</sup> a 300 km de casa. Não é fácil ficar aqui sozinha (MS2).*

---

<sup>5</sup> Casa de apoio: Hospedagem em prédio situado na área hospitalar, oferecida pela instituição para mães provenientes do interior do estado, cujos bebês encontram-se internados.



O nascimento de um bebê prematuro faz com que se percam os alicerces que sustentariam o bebê em suas necessidades e buscas, pois aqueles que deveriam dar conta das funções materna e paterna, em alguma medida, podem estar impossibilitados de fazê-lo, pelo fato dessa realidade não ter feito parte do imaginário vivido na gestação. Os pais, em especial as mães, deparam-se com um mundo desconhecido e com certa ausência de palavras que dificulta a possibilidade de situar o seu bebê na rede simbólica que o recebe e de ressignificá-lo.

Constata-se nos relatos dos pais, um sofrimento psíquico que está em parte justificado pela impossibilidade de exercer os primeiros cuidados com seu bebê. Estes são, por hora, realizados em procedimentos médicos ou de enfermagem. A relação mãe-bebê passa por um saber outro, diferente do imaginado, em que o lugar de mãe é temporariamente perdido ou deslocado.

*Não era para ser assim, agora não sei como vai ser.  
(MS1)*

*A primeira era uma só. Agora são duas e prematuras.  
Fica duas vezes diferente e eu nem posso pegar no colo  
ainda. Elas estão nas incubadoras (MS5 e 6).*

Freqüentemente, as mães tentam apropriar-se da linguagem técnica relativa aos aparelhos e do que conseguem escutar dos médicos e do pessoal da enfermagem, tentando captar a leitura daquilo que mantém a vida do seu bebê e que elas desconhecem.

*Agora eu não me assusto mais quando apita o monitor. Agora eu já sei que número tem que estar e que pode ser que apite mas que estejam bem (MS3 e 4).*

Foi possível observar no decorrer da pesquisa, as respostas dos bebês, à medida que as mães se apropriam do exercício de sua função, na troca e intervenção da pesquisadora. Os resultados dessa pesquisa são obtidos a partir do que se entende a cerca do exercício do terapeuta em estimulação precoce no âmbito hospitalar, no resgate das funções parentais como veículo de sustentação do bebê, bem como a possibilidade de realizar, junto à equipe da unidade, um trabalho de prevenção através da detecção precoce de traços que informam riscos para o desenvolvimento e constituição do bebê como sujeito.

## 6.2 LEITURA DAS MANIFESTAÇÕES PSICOMOTORAS DO BEBÊ

O que uma mãe lê das produções do seu bebê? Será a “loucura necessária” o que para Winnicott (1982), é um ato estruturante que permite a ela fazer esta leitura? Os bebês falam com seus corpos. Falam por uma série de posturas tônicas, mímicas traduzidas em gestos que pelo adulto-mãe é feita a decodificação daquilo que supõe no seu bebê, diante de tal manifestação. Vale dizer que essa decodificação, essa leitura, no exercício da maternidade, varia de acordo com a história pessoal de cada mãe, de acordo com cada filho, assim como encontra-se profundamente marcada pela influência cultural a qual pertence.

Uma mãe tem a capacidade de “injetar” significantes, atribuir sentido e nomear as atitudes do bebê. Na medida que ela espera dele um sorriso que o bebê sorri para ela. Este sorriso depende de um tempo necessário para maturação de algumas funções, mas quando ele ocorre, a mãe toma para si este sorriso. E esta é uma resposta a uma hipótese formulada pela mãe que está em relação com o que ela supõe no seu bebê enquanto sujeito. O bebê identifica-se a essa hipótese porque mesmo diante de um espasmo, ela supõe que ele está sorrindo. Isso é dito pelo saber inconsciente materno que supõe a presença de um saber na criança, quando faz atribuição de sentido às atitudes de seu bebê.

Poderíamos pensar nas produções de um bebê como aquelas manifestações que têm relação com sua possibilidade maturativa de expressão corporal, como também a manifestação de um estado interno. Ou seja, se um bebê prematuro não apresenta problemas de saúde, provavelmente suas manifestações estarão expressas como um estado de conforto ou desconforto nas suas estratégias de equilíbrio, quando a demanda é interna (doença ou bem estar) ou externa (meio, procedimentos de enfermagem). Vale dizer que somente ao atingir um estado de equilíbrio, o bebê poderá interagir com o adulto, desde que isso não acarrete um dispêndio de energia que coloque em risco suas funções vitais. Este estado de equilíbrio se mantém enquanto os estímulos externos ou as funções internas não ultrapassarem o limite de stress do bebê. É, portanto, um privilégio oferecer uma interação social, dadas as frágeis condições dos prematuros.

Nas observações e intervenções realizadas, constata-se tanto a leitura ou a percepção da mãe com relação ao seu bebê, a impossibilidade de identificar suas produções psicomotoras, como a dúvida acerca do que possa significar o que ele manifesta em situação de interação.

Dúvida que diz de uma suspensão de saber, de um saber que já não sabe mais, como se o seu bebê estivesse também suspenso, até que seja possibilitado por outros saberes, que ela nutre-se, a fim de afirmá-lo na condição de filho novamente. Isso pode ser observado na resposta de uma mãe quando questionada sobre como seu bebê responde à sua demanda.

*Não sei bem, ela responde com os olhinhos, ela muda a expressão, né? Tu percebe que tu conversa e ela muda a expressão do rosto. Ela já ri, né? Eu conversava com ela bastante na gestação. Agora eu procuro falar com ela, dizer que eu tô indo para casa, né? Que nós tamo voltando. Tu fala com ela e percebe que ela responde, né? Assim, na expressão do rosto (MS1).*

Comentários que na sua expressão, ao mesmo tempo que afirmam, duvidam. Estaríamos bem se essa dúvida não informasse de um risco na constituição do laço mãe-bebê, já que o que está suposto no seu saber sobre o seu filho, agora vem acompanhado de um pedido de confirmação que se segue à leitura que ela faz das produções de sua pequena filha.

São dúvidas que resultam de um desencontro prematuro entre esses dois personagens. Um reencontro constituinte, dependerá a quem lhe ocorra pedir ajuda, pois apesar dela querer saber do seu bebê, as respostas, muitas vezes, dizem respeito a: quanto deve mamar, que necessita receber oxigênio, que a temperatura deve ser controlada e que é imperativo que ele

ganhe peso. Um saber que vem adornado por monitores, sondas e equipamentos, diante dos quais fica mais difícil para a mãe supor um saber que lhe seja próprio da maternidade.

*Parece que está com sono, mas ela precisa mamar. Comigo ela nem se mexe, não consigo acordá-la (MS1).*

Nesse momento, comento que talvez ela esteja agindo assim por sentir-se bastante confortável em seu colo, e o que vem a seguir é o sorriso da mãe, seguido de outro questionamento acerca da normalidade e do tempo de sono.

*O médico disse que precisa ganhar peso, mas ela é muito preguiçosa, a mamadeira é mais fácil, ela nem precisa sugar com força e assim o leite do peito não desce.(MS2)*

Constata-se a necessidade, presente no dizer materno - de ver o seu bebê em atividade como demonstração de vigor físico, que remete para o fortalecimento do laço estabelecido entre ambos. Este é um circuito que funciona em um sistema de retro-alimentação que nutre a relação, ou seja, o reconhecimento das produções corporais, produz a intensificação das mesmas.

*Ele se mexe bastante, agora tá meio preso com as cobertas, mas tem uma força! Quando tava na UTI 2,*

*puxava a sonda. [dizendo que incomodava?] Claro (MS2).*

*E o bico ele tira com a mão. Às vezes dá até um estalo quando a gente tira.[Mas como tu é forte, rapazinho!] Hoje, não sei se por acaso ou não, ele tirou com a mão o bico [Os bebês começam fazendo por acaso e com a repetição, acabam aprendendo] (MS2).*

A mãe MS2, enquanto desenrola seu bebê, fala em tom suave, ri de suas caretas e ele, por sua vez, faz um giro da cabeça em sua direção, abrindo os olhos. Nesse momento, pergunto se ele quer conversar com a mãe, o que produz um grande esforço de atenção, esboça um sorriso e procura o peito. Mama por alguns minutos e cai em sono profundo.

Para o bebê prematuro é muito pequeno o período de vigília, mas a comunicação estabelecida aqui traz reconhecimento, atribuição e resposta, fatores essenciais para o estabelecimento do circuito de filiação, primeiras marcas da subjetividade.

*Gosto de ver como segura a mamadeira com as duas mãos, como se expressa com as mãos, coloca no rosto e faz gestos com as mãos na cabeça. [Viu só quanta coisa ela já pode te mostrar que faz? - os bebês precisam de um tempo para aprender e as mães também]. Risos (MS1).*

Evidencia-se a importância no auxílio à constatação das manifestações do bebê, posto que a situação de fragilidade impõe-se, muitas vezes, sobre a possibilidade da leitura das produções dos bebês.

Apesar da descrição desse relato, essa mãe teve dificuldades para reconhecer as produções do seu bebê nos primeiros dias em que ele quase não interagia. Mostrava-se com olhar “perdido”.

Por outro lado, o reconhecimento e a leitura das produções aparece na observação de S3 e S4, nascidos de parto gemelar. S4 está no peito, ora suga, ora solta, a mãe acaricia seu rosto falando das diferenças entre os filhos.

*Está mais forte agora, é mais guloso que o mano, briga pelo que quer (MS4).*

*Já disputavam espaço na barriga, né? (MS3 e 4).*

Este comentário, embora sobre os dois bebês, revela a satisfação da mãe ao perceber que S4, apesar de ter nascido com menor peso que S5, está reagindo melhor e dá mostras de vitalidade, ao mesmo tempo em que atribui essa reação a um aprendizado de busca em que levando o outro em conta, disputavam o espaço na experiência intra-útero.

Quando questionadas (as mães dos gêmeos S3, S4, S5 e S6) sobre como ocorre a comunicação com cada um dos filhos em particular, o reconhecimento aparece recortado, subjetiva e particularmente.

*Eu acho que eles se comunicam super bem, quando eu falo com eles, eles respondem. Quando estavam com o monitor cardíaco, a gente chegava perto para tocar a mão neles e o negócio disparava. Era mais com o F. O meu marido e eu chegava perto e nem tocava e os batimentos aumentavam.[Quer dizer que fica monitorada a importância da presença de vocês?] É (risos) (MS3 e 4).*

Em algumas situações os pais fazem a leitura das reações dos bebês, a partir do que alguns aparelhos lhes oferecem como informação. Fazem o registro das mudanças fisiológicas que ocorrem na sua presença, ou seja, a alteração de uma medida biofísica – no caso batimentos cardíacos.

*Eu me comunico conversando e tocando. Tudo é novidade para mim. Eu tiro, eu posso tirar da incubadora. Elas ficam comigo, mas é impressionante porque se as duas estão dormindo e eu pego uma, a outra que estava quietinha começa a chorar. São acostumadas juntas, sentem a presença uma da outra, querem tudo ao mesmo tempo (MS5 e 6).*

A “novidade” está no fato de ser parto gemelar e prematuro. A comunicação e a diferença entre os bebês, é atribuída ao convívio antes do nascimento e ao que pode ser observado a partir dos exames de ultrassonografia, sobre o comportamento mais ou menos agitado de um e de outro. Aparecem diferentes respostas dos bebês.

Segundo a Dra Maria de Lourdes Brizot (2000), chefe do ambulatório de gestação gemelar do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, quando um dos gêmeos requer mais cuidados, a presença do outro parece exercer influência benéfica sobre sua recuperação, pela experiência anterior de trocas e contatos. A recomendação mais usual quando recebem alta, é de colocá-los juntos por alguns momentos para que tenham a oportunidade de tocar-se e relacionar-se.

A continuidade do relacionamento é importante não só entre os irmãos (bebês gêmeos), mas também da mãe com o(s) bebê(s), mesmo



quando ainda internados na UIN. Com o passar dos dias de internação, parece haver uma oscilação de sentimentos, uma suspensão de saber. A percepção das mães acerca de seus bebês passa da certeza à dúvida, do reconhecimento ao “não sei porque”.

A novidade vira rotina e tanto a sustentação das funções materna e paterna, quanto o lugar simbólico ocupado pelo bebê, passam a ser constantemente questionados no espaço da UIN, dificultando o exercício da função materna. Com isso, a mãe, ao olhá-lo, oferece um espelho cuja imagem refletida encontra-se repleta de angústia.

A função de espelhamento, fica assim determinada. A mãe devolve ao bebê a sua imagem corporal através da sua expressão facial (WINNICOTT, 1982). Os bebês encontram-se, no período da relação fusional, submetidos e determinados por essa imagem que é a imagem da mãe.

*Estou cansada, converso muito pouco com ele. Dorme muito, não quer acordar para mamar. Não sei o que está acontecendo. Toda vez que tem que mamar é uma luta. [Os bebês precisam dormir, mas precisam de ajuda para acordar também] Ando cansada (MS2).*

Este comentário de MS2 ocorreu da segunda para terceira semana de internação, momento em que a relação mãe-bebê apresentava certa dificuldade para estabelecer-se. O bebê mostrava-se com flacidez de tronco, olhar inexpressivo e os dedos das mãos estendidos em leque e bocejos constantes. Estas manifestações acerca do “sub-sistema” motor são descritas por Als *apud* Buznel (1997) quando em estado de perturbação por stress. Foi constatado que a alteração à nível do olhar e da flacidez tônica

aparece também, quando os bebês não são convocados, e isso ocorre quando existe um prolongado período de vacilação da mãe com relação ao exercício de sua função. Fator preocupante, pois como afirmam alguns autores, em especial Jerusalinsky (2002), embora no espaço da UIN seja fundamental à sustentação orgânica dos bebês, é somente através do que os pais vêm afirmar dele, que se configura a trama simbólica que dará sentido à sua vida.

Observa-se também, que os bebês desorganizam-se quando deitados sobre o ventre, em sono profundo, são acordados e deitados sobre as costas (posição desestabilizante) para troca de fralda. Essa medida, tomada como mais um procedimento a ser realizado poderia avaliar do estado de repouso do bebê, já que a desorganização sobrevém invariavelmente.

As mães demonstram inquietação e algumas têm dificuldade para acalmar seus bebês, pois eles ficam tensos e perturbados. Isso também aparece, nos momentos em que são amamentados como um “procedimento” a ser feito.

Porém, quando a mãe encontra espaço para o exercício de sua função e imprime reconhecimento, ou demanda pelo seu bebê, eles manifestam seu vigor e estabilidade, apresentando uma postura harmoniosa e tônus equilibrado: leva a mão à boca, faz a sucção do dedo, movimentos respiratórios suaves, bochechas relaxadas, esforçam-se para manter a atenção, sorriem. Quando em contato com a mãe, seja na troca de fraldas ou cobertas, eles apresentam movimentos harmoniosos e choro vigoroso.

Estas observações evidenciadas nos bebês do estudo, são enfatizadas por Als *apud* Buznel (1997), quanto ao comportamento do

prematureo segundo o equilíbrio ou desequilíbrio de seus “sub-sistemas” (autônomo, motor e sono/vigília), observáveis desde estímulos que vêm do exterior, adaptados ao grau de maturação ou quando a criança já apresenta condições de gerir o que pode lhe ser hostil, apresentam diferentes manifestações de regulação e equilíbrio com relação à estabilidade ou stress.

Ressalta-se mais uma vez que as falas das mães constatadas e observadas nas cenas que transcorreram entre os personagens, sujeitos da pesquisa, ocorreram em interação com a pesquisadora. Isso dito, em razão do efeito terapêutico que essa interação produz, quando uma mãe encontra-se na condição de fragilidade com seu bebê, favorecendo o entendimento sobre o que ele produz, o seu estado de saúde e o que se pode fazer por ele em situação de interação.

*Quando estou com S3 no colo, S4 sempre se queixa, mesmo sem eu dizer nada. [Sabido ele, não?]. É um safado (MS3 e 4).*

*Agora sei o que tu queria dizer com “o que eles fazem”. Ficam passando as mãozinhas no rosto e na boca, ficam incomodados quando não conseguem mamar, quando não sai leite (MS3 e 4).*

No relato anterior de MS3 e 4, os bebês desencadeiam os reflexos de busca quando a mãe oferece o colo e a face toca nas cobertas, agitam-se (mais intenso em S4), põem-se tensos e a mãe tenta tranquilizá-los. Encontram-se em desequilíbrio, pois sentem fome e não conseguem realizar

uma ação específica para que cesse esse estímulo. A mãe conversa e convoca seu bebê que se espreguiça e gira a cabeça em sua direção

Apesar da presença da mãe ser mais constante, a presença do pai no espaço de internação mostrou-se importante na medida em que, em diversas situações ele aparece para tomar para si o bebê em momentos de muita angústia da mãe, para reconhecer as atitudes de seu filho ou mesmo para ser reconhecido em atribuição de pertença familiar, mesmo estando fisicamente ausente.

*Tem o queixo e a expressão do pai. As vezes faz uma cara que fica muito parecido com ele quando está brabo. Vai aprender a pegar na enxada com o pai e com o Vô (MS2).*

*Ontem o pai veio visitar. É difícil porque fica longe. Deu para ver o queixo dos dois que é parecido. Tu precisava ver, parecia que sabia que era no colo do pai que ele estava (MS2).*

*Não te preocupa que elas estão muito bem. Hoje a P. até me deu uma olhadinha (PS5 e 6.)*

Druon (1997) em seus estudos sobre a prematuridade, afirma que pode haver aí uma atitude reivindicatória pela posição do “primeiro a chegar”, em uma identificação muito grande com o bebê que está em sofrimento.

Outra situação relacionada às manifestações dos bebês no laço com a mãe, foi observada a partir da notícia de alta hospitalar. Em consequência disso, aparecem, tanto o alívio materno, ao saber que seu bebê está bem,

como a incerteza de que vai poder, sozinha, dar conta dos cuidados necessários para que ele se mantenha com saúde.

*Estamos com previsão de alta para amanhã. [Essa é uma notícia muito boa. Parabéns!]. Era tudo o que queríamos e agora estou com medo. Ele é muito pequenininho (MS2).*

Nesse momento, S2 parece não se preocupar com seu tamanho, parece sentir-se bastante bem com a notícia, pois acaba de mamar no peito, está muito ativo. Com o olhar muito atento busca a mãe, a luz, o peito e está atento ao que se fala. Começa a queixar-se quando a mãe não mais se dirige a ele e fala com a pesquisadora. Ela volta a dar-lhe atenção e ele se acalma. Esta cena, mostra a importância em respeitar o momento íntimo necessário entre ambos, uma privacidade que favorece o exercício do saber materno, em que S2 parece querer comprovar à mamãe que tudo está bem com ele.

Condição esta, reafirmada na primeira consulta após a alta: na avaliação médica, encontra-se em ótimas condições de saúde. A mãe reconhece seus hábitos de sono, estranhamentos, modulações de choro e mudanças na temperatura corporal. A “força” retorna mais uma vez, como um significante importante, quando a mãe comenta que a característica do queixo que seu bebê possui é como o pai, próprio dos homens da família, sendo um sinal de força.

Um significante de eficácia simbólica na linguagem psicanalítica, é aquele ao qual o sujeito está identificado. É inegável a força significativa da “força” atribuída a S2.

Nas observações realizadas, com relação à notícia de alta hospitalar, as respostas dos bebês não apresentam variações significativas entre eles. Mostram-se sempre muito ativos, em pleno exercício da atividade reflexa e bastante atentos à sua mãe. A variação que se observa são as reações maternas em torno da nova situação que se apresenta.

Na alta hospitalar aparece o alívio do que até agora produzia a angústia da separação causada pela situação (prematuridade ou risco de doença). A angústia da espera “parece não ter fim”, relatam as mães, mas a proximidade da alta gera novos interrogantes.

Com perspectiva de alta próxima, S1 “necessita adquirir 10 gramas de peso” na linguagem hospitalar, entretanto, para a mãe, ela “não queria mamar”, “não acordava”. A mãe estava cansada de tentar tirá-la do sono que poderia significar mais um dia de internação. Amamentar no peito ficou mais difícil, já que o esforço era ainda maior. A mãe sentia-se impossibilitada de tomar para si essa tarefa, não via resultado nas suas tentativas e angustiava-se. Nesse dia, tomei S1 no colo, conversei com ela dizendo-lhe que a mãe estava preocupada e gostaria que ela acordasse para mamar, a fim de poder ir para casa conhecer o quartinho que eles tinham preparado para esperá-la e que o pai também a esperava, mas que era preciso acordar para mamar e ficar mais forte. A partir dessa intervenção a mãe toma a palavra e continua a conversar com sua filha que aos poucos sai desse sono profundo, que para a mãe, representa a ruptura das possibilidades futuras.

A situação descrita acima, evidencia a importância da intervenção na cena real, através da interpretação daquilo que os pais necessitam como

auxílio na sustentação da relação com seu filho, fortalecendo a posição do bebê na trama familiar. Por essa razão, é imprescindível estar junto com os pais, escutando-os, oferecendo-se de suporte para que possam construir ou reconstruir um lugar para o seu bebê.

No dia seguinte, encontro-as “brigando”, S1 reclama na arrumação das cobertas. Nunca esteve tão ativa, olha para a mãe movimentando braços e pernas, estende o tronco e se queixa. Em uma posição diferente, mãe e filha parecem tentar se entender e nessa necessidade, S1 manifesta o que não gosta e a mãe tenta reconfortá-la, pegando-a no colo e falando com ela carinhosamente.

*Desde a nossa conversa de ontem, ela não tem paradeiro, parece que gostou da idéia de ir para casa. Não tinha me ocorrido falar com ela assim. Aqui ninguém fala muito com as crianças, é tudo muito rápido o que fazem com elas (MS1).*

A mãe retoma a interpretação do que vê manifesto em sua filha a partir dessa intervenção. Na consulta pós-alta, o que se evidencia é uma relação bastante harmoniosa entre mãe e bebê.

*Parece querer recuperar o tempo que ficava dormindo, mas agora já não me preocupo com isso. Temos muitos exames para fazer para ter certeza de que tudo vai bem com ela (MS1).*

Entende-se, portanto, que as manifestações psicomotoras e as produções dos bebês estão em relação tanto com seu estado de saúde

como com a possibilidade materna ou paterna de fazer um “*feed-back*” à essas produções, maneira pela qual eles são convocados desde o exercício das funções parentais como os procedimentos aos quais são submetidos na UIN.

O resgate do bebê à captura no laço familiar, dependerá do que é construído pelo “circuito pulsional”<sup>6</sup>, no qual as funções parentais fazem marcas simbólicas no bebê a partir da convocação à vida.

### 6.3 A FRAGILIDADE DOS BEBÊS COM RELAÇÃO AO MEIO

Nas situações de hospitalização, a fragilidade dos bebês está presente: pela prematuridade em si, ou pela dificuldade/incapacidade dos pais em assumirem-se enquanto pais desse bebê que eles ainda não deveriam estar conhecendo. Mas ele está aí, e a fragilidade apresenta-se tanto na proibição de tê-los nos braços enquanto outros o tocam, como na sensação de serem responsáveis pela situação em que ele se encontra e, ao mesmo tempo dispensáveis das suas funções.

A fragilidade, portanto, pode estar relacionada à dificuldade de comunicação do bebê com a mãe, em que poderia ser tanto de ordem sensorial ou maturativa, como pela ausência de inscrição simbólica.

Se a fragilidade do bebê é resultante do meio hospitalar em que se encontra e dos procedimentos submetidos, ele pode manifestar um estado

---

<sup>6</sup> Ver nota página. 25



de muito stress ou angústia. Apresenta evitação ativa do olhar ou olhar inexpressivo, comportamento irritável e tenso, quando em decúbito dorsal na incubadora os dedos das mãos permanecem em leque, ou se de lado, faz uma hiperflexão do tronco e das extremidades em posição fetal rígida. São observações que vão ao encontro do que Als *apud* Buznel (1997) encontrou em seus estudos no Hospital Infantil de Boston(USA), acerca dos meios de comunicação dos bebês prematuros.

Os profissionais via de regra, fazem um movimento de recuo na sua atenção ao bebê, atendo-se às prescrições, sustentando o mal estar produzido por esse distanciamento, muitas vezes partilhado por pais. Vale dizer que a diversidade de pessoas no atendimento aos bebês, está em relação com o entendimento que cada um tem sobre os bebês. Nos espaços de reflexão dos profissionais é necessário pensar acerca da importância da construção do laço da mãe com o bebê como sendo mais uma necessidade a ser atendida. Trabalhar nesse meio, significa também, deparar-se com as angústias suscitadas pelo bebê.

É importante o estabelecimento de um “porto seguro” ao bebê, para que os procedimentos necessários à sobrevivência, não causem a “morte subjetiva” impedindo que se estabeleça o laço fundante entre a mãe e o bebê. Este porto, deve ser construído, com ajuda, pela mãe ou por quem exerce a função materna.

Um exemplo disso é quando o bebê está em fototerapia com os olhos vendados. As mães queixam-se muito, pois há a supressão da comunicação visual, que até o momento estava permitindo a leitura das respostas do bebê às suas demandas.

*Antes eu podia saber o que ela tava sentindo, agora com os olhinhos tapados fica difícil ver a expressão dela (MS1).*

As primeiras comunicações dos bebês são táteis, visuais e sonoras. Aos poucos, as mães aprendem a perceber as manifestações expressas através do corpo e enxergar, por trás da venda, quando a testa franze ou quando a boca está contraída como sinal de dor ou desconforto. Um olhar verdadeiramente atento, consegue fazer essas leituras depois de um curto período de tempo, pela necessidade de conhecer o bebê e este, de fazer-se conhecer pela mãe.

*Agora até de olhos fechados, só pelo sonzinho que ela faz eu já sei se está se queixando ou querendo conversar. Quando está triste, fica paradinha e quando braba, se endurece toda.[São maneiras diferentes de dizer coisas diferentes].Agora está mais espertinha (MS1).*

O problema de comunicação do serviço e/ou profissionais, pode estar justificado pela fragilidade da relação com o mundo tanto do bebê como dos pais, já que se encontram em um conflito, particularmente intenso: “vida-morte”.

O bebê sem a UIN provavelmente, não estaria vivo, pois deveria estar ainda no ventre materno, alimentado pelo cordão umbilical, mas ao invés disso, é alimentado artificialmente ou é imperativo que mame. E, nesse momento, em que a mãe se compromete com a alimentação, liberando-se do “prescrito” (em que, tanto o cateter como a sonda, tornam-se nutrizes) é

que o tempo rico das trocas afetivas durante a alimentação do bebê, ganha, a despeito da prescrição, toda noção de prazer (QUINOU, 1999 p. 56).

*Acho que fico muito nervosa, precisa pegar peso, é importante que seja no peito, mas ela não quer. Tomo um suador cada vez que tento dar mamá. Na mamadeira é mais fácil e agente sabe quanto mamou (MS1).*

Esta situação evidencia, mais uma vez, que o saber inconsciente materno fica apagado pelo saber científico, dificultando o ato da amamentação, pois MS1 passa a oferecer primeiro a mamadeira e depois o peito. Dessa forma, torna-se cada vez mais difícil S1 tolerar o esforço no peito. Parece não sincronizar sucção e deglutição, com o que sugeri o estímulo tanto do reflexo de busca como a exploração da sucção do dedo e da mão. Em poucos dias, S1 suga tudo o que alcança, busca com a boca tudo que roça em seu rosto, sai da passividade para buscar, pelo desencadear ativo da sucção, sanar aquilo que a mãe interpreta como fome. Uma semana depois, a mãe mostra com um olhar completamente unificador, o vigor de sua filha que segura com as duas mãos a mamadeira, após ter mamado no peito. Ambas, mãe e filha sabiam que era isso que estava faltando para receber alta hospitalar: que a amamentação fosse efetiva e harmoniosa. O suor deu lugar ao prazer de amamentar, ao laço de amor fusional e estruturante, permitindo experiências sensoriais e psíquicas de prazer, que fortalecerão o alicerce da construção da imagem corporal do bebê.

A amamentação ou a alimentação em UIN está sempre relacionada com o estado de saúde do bebê e diria também, com o “estado de espírito” de quem o alimenta. Exemplo disso, constata-se no relato de MS3 e 4 que impedida de alimentá-los, sente-se insegura no exercício da função materna.

*Parece que estou com os pés no ar, o chão se abriu e eu não sei onde vou pisar (MS3 e 4).*

A partir destas observações, percebe-se o efeito nos bebês da ausência da presença efetiva da mãe. A perda da qualidade da comunicação, situa esses bebês na ausência de demanda materna. Encontravam-se totalmente aderidos ao colchão, taquipneicos, com tremores e olhar “vazio”. As relações entre os “sub-sistemas” estavam em completa desarmonia. S4 começou a apresentar distúrbios gástricos, mantinha a língua para fora como em hipotonia chamando atenção, sua evitação ativa do olhar ao final da primeira semana de observação.

*Me assusta um pouco quando ele não me olha, parece que não quer me ver. Me sinto mais culpada ainda por não poder amamentá-lo (MS4).*

Nessa situação, é urgente a necessidade do colo mais freqüente e de alguma medida que fortaleça a posição da mãe no lugar de uma responsabilidade pela sobrevivência de seus bebês. A sensação do vigor materno é imprescindível para o bebê, funciona como um espelho.

Na situação descrita, a partir do momento em que ela conseguiu oferecer o colo a seus bebês (circunstância sugerida diante da escuta materna), imediatamente eles começaram a manifestar reações diferentes. Os dedos em leque foram se fechando, o olhar preenchendo aquilo que a mãe passou a inscrever com seu desejo incontido de vê-los “fora de risco”, ficam mais tranquilos, o choro passa a ser rítmico, e fazem uma posição de “enrolamento” (organizadora do esquema corporal) sobre seu ventre, quando colocados na incubadora e a boca deixa de ser apenas um lugar de passagem da sonda, anuncia-se com funções de busca e prazer na sucção.

A oscilação de sentimentos é uma constante na UIN e justifica-se pela fragilidade não só do bebê mas das dificuldades enfrentadas pelas mães enquanto mães, ou por aquele que exerce essa função, assim como pelas incertezas que tal situação desperta.

*Quero que me digam que “já estão” bem e não que “vão ficar” bem. É como se corresse risco de vida o tempo todo e eu não agüento isso (MS3 e 4).*

Em conversa com a enfermeira, essa informa sobre o estado de saúde dos bebês - um prognóstico bastante positivo e bom do ponto de vista evolutivo. Informações que a mãe parecia não tê-las em conta, muito embora as tivesse recebido.

É uma situação em que a comunicação dos profissionais cuidadores não se faz eficiente, em virtude do imaginário construído pelos pais com

relação ao ambiente hospitalar, diante de suas próprias “fantasias”. O cuidado aqui precisa estar na direção da certificação do que é compreendido pelos pais e para isso é necessário escutá-los.

*A gente já tava com o pé na rua [Setor Intermediário 3] e agora estamos aqui de novo [Setor Intermediário 2] e eu nem sei porque. [Não perguntaste?] Não. Eles devem saber, né? (MS2).*

Nesse dia a mãe apresenta-se muito ansiosa e a amamentação não ocorre com a tranquilidade dos dias anteriores. S2 estava bastante agitado, chorava muito e não conseguia dormir.

Em algumas situações a comunicação não é feita pelos profissionais e os pais ficam a mercê do seu imaginário. Isso ocorreu em virtude da adequação do atendimento com relação à redução do número de crianças na sala do “Intermediário 3”, medida que não estava relacionada com o estado de saúde de S2. Essa foi uma situação de fácil resolução, ressaltando que aquilo que pode ser evitado em favor do alívio do stress do bebê ou que venha fragilizar o laço estabelecido com a mãe, é importante ser assinalado.

A fragilidade aparece também, na relação tanto do lado da necessidade como da indefensibilidade - se não mama pode morrer, é necessário mamar para ter alta, e, relacionada ao vigor físico, tem conseqüências psíquicas bastante importantes. Seus meios de defesa são frágeis, às vezes, quase imperceptíveis, dada a sutileza da sua queixa em meio a tantos aparelhos, equipamentos e procedimentos. Como fica situado

o bebê? O que os pais dizem de seu filho? São perguntas que devem ecoar nas UIN, já que trazem informações, também, bastante importantes quanto ao seu estado de saúde.

*Aqui a gente não descansa, é tudo muito calculado, tenso, sempre tem um conferindo monitor, mexendo neles. Fico com pena, às vezes eles choram e mesmo assim tem que fazer as coisas. Eles reclamam mas eu não posso fazer nada ... Quer dizer, eu faço o que eu posso (MS3 e 4).*

A vigilância tem de ser constante. Inadmissível seria a morte de um lactente por negligência. A angústia, portanto, não é só dos pais e do bebê. O sentido de responsabilidade por parte dos profissionais do serviço, em relação à eficiência dos procedimentos, é bastante evidente na unidade. Ao menor sinal de complicação, eles intervêm, e quase sempre com êxito à vida da criança.

Esta porém, é mais uma situação que coloca os pais no lugar de “dispensáveis” dos cuidados ao seu filho. As preocupações maternas primárias e o *holding*<sup>7</sup> ficam difíceis de serem vivenciadas em uma unidade de tratamento intensivo. (WINNICOTT, 198)

*Hoje, finalmente, pude pegá-las no colo. A enfermeira ajudou e eu consegui amamentar as duas juntas. Não agüentava mais não poder sentir isso. Elas pareciam pedir com os olhinhos, sabe? (MS5 e 6).*

---

<sup>7</sup> Na obra “O Ambiente e os processos de maturação”, Winnicott descreve o “holding” como um dos aspectos do cuidado materno, no momento de dependência absoluta em sentido psicológico. Protege da agressão fisiológica, leva em conta a sensibilidade cutânea do bebê, segue as mudanças do dia-a-dia, inclui o “holding” físico do lactente que é uma forma de amá-lo e sustenta-lo psiquicamente. Isso coexiste com o estabelecimento das primeiras relações objetais do lactente, bem como suas primeiras experiências de satisfação (1982, p. 48).

Felizmente, em alguns casos o tempo de separação corporal é curto, e dependendo da disponibilidade materna, o laço entre mãe e bebês se restabelece com facilidade. Quando o *holding*, venha ele da mãe ou de qualquer outra pessoa que está atendendo o bebê, é insuficiente, ele guardará por toda sua vida algo dessa “agonia primitiva”, desse “temor de desabamento” (WINNICOTT, 1988, p. 54).

*Elas pareciam estar assustadas ali dentro (incubadora). Não dá para descrever a sensação de ver isso e não poder dar um colo, mas agora está tudo melhorando, elas estão mamando bem e logo vamos embora (MS5 e 6).*

“A mãe compreende as necessidades fundamentais de seu bebê como nenhum aparelho consegue fazer” (WINNICOTT, 1988, p. 69). Para isso, é preciso que o direcionamento de sua atenção para o bebê ocorra dentro da UIN, para que ela possa fazer, desde muito cedo, a leitura do que ele traz como expressão de suas sensações e manifestações psicomotoras.

Um bom exemplo dessa compreensão, encontra-se na tese da pediatra Rita Balda (1999) sobre o reconhecimento da expressão facial de dor dos recém-nascidos a termo, em que 86% dos pais fizeram uma análise acertada da expressão, enquanto o percentual dos profissionais de saúde foi de 74%. Este estudo foi realizado com pais e profissionais em unidade de terapia intensiva e semi-intensiva. Para explicar essa diferença, a autora levanta a hipótese de que ser profissional de saúde não significa estar mais apto para identificar as expressões dos bebês e que outros fatores como a experiência pessoal com a dor e tempo de atividade, podem influenciar



nessa habilidade. Estudos demonstram que a dor aumenta o risco de doença ou morte e dificulta a recuperação do bebê (MIYAKI *et al*, 2001).

Em presença de dor, dois sistemas são principalmente afetados: neuroendócrino - levando a alterações hormonais da hipófise, adrenal e pâncreas com distúrbios no metabolismo de proteínas e carboidratos a hipercatabolismo; e cardiovascular - com arritmias, hipertensão, taquicardia. Os sistemas respiratório e imunológico também são afetados embora em menor grau (MYIAKI *et al*, 2001).

*Às vezes fico olhando para ela e parece que quer dizer alguma coisa. [Os bebês tem uma maneira muito particular de se comunicar]. É, ela fica com a testa enrugada e parece que sente dor quando faz isso. Junta as sobrancelhas, sabe? (MS1).*

As mães fazem uma suposição daquilo que observam em seus bebês, o que favorece suas manifestações psicomotoras, pois no momento em que ela supõe uma comunicação no espaço além da UIN, situam o bebê no circuito de filiação.

*Hoje ele deu um sorriso para mim e apareceu uma covinha no queixo igual a do pai dele. [E quando está brabo, como ele faz?] Faz cara feia, chora muito forte e se endurece todo. A enfermeira disse que mamou bem (MS2).*

Portanto, constata-se outros fatores relacionados à fragilidade da situação e que apontam para a importância da leitura que os pais fazem das

expressões manifestas pelo bebê, como um instrumento a mais a ser utilizado na avaliação pelos profissionais, já que a interpretação das manifestações pode não ser a mesma para as mães e para os profissionais que se ocupam dos cuidados com os bebês.

#### 6.4 EXPECTATIVAS FUTURAS

Este é um tema, intimamente relacionado com os anteriores, já que parecem estar na dependência uns dos outros. A partir do lugar oferecido pelos pais e pelos profissionais, este será ocupado pelo bebê, diante de sua realidade orgânica e psíquica, construindo assim, as expectativas futuras.

Expresso desta forma, porque no decorrer do trabalho, desde a elaboração do pré-projeto de pesquisa até a análise, foi difícil separar o tema central, as manifestações psicomotoras no laço mãe-bebê, dos subtemas.

O que foi dito pelas mães, manifesto pelos bebês, observado e filmado pela pesquisadora, ou nas intervenções, uma questão atravessa todas estas abordagens e não cessa de inscrever o seu significante. O desejo manifestado pela mãe com relação ao seu bebê, aparece desde o imaginado e vivido na gestação, a possibilidade de leitura das suas expressões e expectativas futuras com ele. O que está em jogo no cenário descrito, é justamente, aquilo que irá compor o futuro dos bebês com cada família em particular. O lugar possibilitado pela equipe aos pais dos bebês

internados é fundamental para que eles possam trilhar melhor o caminho que lhes for possível com seu filho.

*Difícil depois vai ser acostumar com a noite. Aqui é sempre claro e sempre tem barulho. A gente perde a noção do tempo (MS2).*

As vivências no hospital ocorrem diferentes de uma casa. No relato das mães, surge a preocupação com relação à adaptação desta nova realidade, ao que vai acontecer quando o bebê tiver alta e sair do ambiente hospitalar.

*Não consigo pensar em mais nada antes dela melhorar. Primeiro tem que ganhar peso para poder ir para casa. Como vai ser quando tiver alta? Eu não sei. Tudo o que eu penso me dá medo. Parece que não vou conseguir cuidar dele em casa. Só quero que isso passe (MS1).*

O que se evidencia nas falas em termos de futuro, está vinculado a um condicionante de superação da fragilidade do momento, ao ritmo das condutas na unidade, como também, aos cuidados necessários de acompanhamento através dos exames, realizados após a alta, quanto o interrogante sobre o estado de saúde do bebê ainda se faz presente.

*Disseram que tá bem, viu? Mas pediram exames que nem sei o que é. Querem saber se enxerga bem. Tem também o exame do ouvido. Ele pode não ouvir? (MS2).*

A expectativa de que algo ainda pode ser diagnosticado acompanha cada pedido de exame, fazendo das condutas médicas avaliativas, uma constante apreensão com relação ao estado de saúde do seu bebê.

Pensar nas possibilidades futuras de um bebê, é pensar também, na posição que ele ocupa com relação ao imaginário dos pais. Este é um argumento que está além da internação e da patologia, que sobrevive a elas.

O método de observação da relação mãe-bebê, criado pela psicanalista inglesa Esther Bick, na clínica de Tavistock, em Londres, há mais de cinquenta anos, é um exemplo disso. Inicialmente utilizado na formação de psicoterapeutas de crianças, caracteriza-se pela observação extensa da díade mãe-bebê, na qual o observador assume uma posição receptiva, atenta e não-crítica (LACROIX; MONMAYRANT, 1997). Nos últimos anos, tem sido utilizado com objetivos mais amplos, como na clínica de ultra-sonografia obstétrica, UTI neonatal, creche, hospital, e em práticas de ensino. Na clínica, surge como um método de intervenção na relação pais-bebês. Destaca-se, o caráter preventivo dessa técnica que pode ser utilizada tanto com gestantes, crianças nos primeiros anos de vida e seus pais, como com cuidadores e profissionais de saúde que atuam na prevenção e intervenção precoce.

Na sua gênese, o método consta da observação no ambiente natural do bebê, ou seja, junto à família, na sua casa, uma vez por semana, durante uma hora. Após o relatório é discutido junto à equipe de profissionais envolvidos. O observador deve por de lado todo seu conhecimento prévio sobre o assunto do desenvolvimento e da relação mãe-bebê, limita a

observação à teorização precoce, defesa contra a angústia que provocam as situações desconhecidas. A experiência deve impor-se por si própria.

Cabe salientar que essa observação auxilia no entendimento das formas de expressão não verbais e somáticas e que o detalhamento dos movimentos físicos do bebê deve ser entendido como uma ponte entre o motor e o psíquico.

*Ainda não põe a mão na boca. [Tu achas que deveria?]  
Eu não sei se entendi bem, mas parece que alguém me disse isso, só que ela não faz (MS1).*

A ausência de uma manifestação, própria do momento maturativo em que se encontra o bebê, pode ser atribuída à fragilidade, no entanto, podem ser apresentadas demandas que estão fora da possibilidade do bebê, dificultando tanto o exercício reflexo como do enlace entre a mãe e o bebê, condições fundamentais no processo do desenvolvimento.

Portanto, ao sair do risco de vida inicial da prematuridade, o bebê e a família, ao ter alta hospitalar, passam a uma nova situação: avaliação dos riscos futuros relativos à prematuridade, e da preocupação médica com possíveis seqüelas. Além disso, é importante o acompanhamento terapêutico dos bebês, pois as conseqüências psíquicas de um “laço” mal estabelecido entre a mãe e o bebê podem interferir no desenvolvimento, produzindo dificuldades nas aquisições tanto estruturais – sistema nervoso central, sistema cognitivo e psíquico, como instrumentais – linguagem, psicomotricidade, hábitos de vida diária, brincar e socialização.

As expectativas em relação ao futuro para esse bebê, são aspectos da vivência dos pais que têm pouca estrutura de solidificação tanto no período de hospitalização e pós-alta imediato.

As expectativas dos pais, é limitada ao espaço presente, inicialmente com a preocupação de sobreviver, de ganhar peso e ter alta hospitalar. Após a alta, a preocupação é com o afastamento de possíveis seqüelas.

O cenário futuro, portanto, será composto pelo vivido e antecipado por esses pais, com a ajuda dos profissionais, possibilitando a superação da fragilidade do momento, constituindo uma projeção que esteja, para além dos riscos, do lado da expectativa de vida.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A antecipação da vida extra-uterina produz uma fragilidade expressa na relação com o bebê, com os pais enquanto casal, às vezes espelhada em algum profissional da unidade identificado pelas dificuldades, ou mesmo na UIN enquanto um todo.

Esta situação, para muitos pais, é assumida relativamente bem com oscilações de sentimentos, de preocupação com a vida e morte, evidenciando a necessidade de alguma medida preventiva a ser tomada com relação da ruptura na trama simbólica que envolve o bebê em situação de risco. São muitos os elementos traumáticos que não podem passar despercebidos pelo serviço, já que incidem diretamente na relação com o bebê.

As manifestações psicomotoras dos bebês aparecem, segundo a sua possibilidade maturativa de expressão corporal, como também a manifestação de um estado interno, através de mímicas e posturas tônicas. Dito de outra forma, o bebê prematuro que não apresenta problema de saúde, manifesta no corpo um estado de conforto ou desconforto, como

estratégias de equilíbrio ou desequilíbrio, conseqüente da demanda interna (bem ou mal estar) ou externa (meio, procedimentos de enfermagem).

Nos momentos em que a relação com a mãe apresenta dificuldade para estabelecer-se, os bebês encontram-se com o olhar inexpressivo, quase não respondem ao estímulo, os dedos das mãos ficam estendidos em leque, não fazem sucção do polegar, apresentam flacidez do tronco e bocejos constantes.

Assim, os bebês prematuros, nos curtos períodos de vigília, quando em estado de equilíbrio a partir do exercício da função materna, apresentam postura harmoniosa e tônus muscular equilibrado: levam a mão à boca, fazem sucção do polegar, movimentos respiratórios suaves, esforçam-se para manter a atenção, as bochechas permanecem relaxadas, movimentos harmoniosos de braços e pernas e choro vigoroso.

Mas, inevitavelmente acabam ocorrendo problemas na comunicação, tanto relacionada aos procedimentos a serem executados, em simples orientações como a troca de fraldas ou o cuidado com os eletrodos, como também com relação ao prognóstico dado. O mal entendido aparece em muitas situações e, se alguma coisa aqui pode ser dita, ou feita, é no sentido de favorecer uma ponte entre os pais e os profissionais (pensados aqui como aqueles que se ocupam diretamente do bebê), a fim de facilitar a comunicação ativa, já que os cuidados dirigidos ao bebê são de estimulação sensorial bastante intensa, produzindo descontinuidade e desorganização, dificultando ainda mais a comunicação. Este porém, também não é um trabalho fácil de ser realizado. Justificado como um trabalho exaustivo e,



pelo rodízio de profissionais da enfermagem, nas diferentes salas da unidade.

Os comportamentos relacionados com o equilíbrio ou *stress* se estabelecem à medida que a maturação ocorre e, o bebê tem condições de gerir informações mais complexas, comportamentos mais adaptados e maduros, e o limite do *stress* diminui.

Na realidade de internação hospitalar, é evidente a necessidade que a mãe tem de ver seu filho em atividade como demonstração de vigor físico, o que contribui para o fortalecimento do laço que vai estabelecendo-se entre ambos, já que esse é um fator de grande contribuição para o curso do desenvolvimento dos bebês: o sistema de retro-alimentação que nutre a relação. É dizer que o reconhecimento das produções corporais, oferece sentido, decodifica através da linguagem o que se passa com o bebê e toda vez que isso ocorre, produz marcas simbólicas, intensificando as produções corporais do bebê, já que nelas imprime sentido, favorecendo a maturação e, conseqüentemente, a organização das respostas. E os movimentos corporais reflexos, inicialmente sem direção, começam a dirigir-se àquele que favorece as impressões vividas como simples sensações corporais e o corpo, dessa forma, se subjetiva.

As respostas dos bebês, portanto, evidenciam outra necessidade: a de que haja comunicação entre os dois personagens da cena, resultando, a partir do reconhecimento e da atribuição de sentido, a resposta que faz girar o circuito de filiação que traz sentido à vida do bebê, justamente onde o desenvolvimento e a maturação têm seu ponto de encontro: na função materna.

Nas salas de neonatologia, pode-se observar que a função materna não se sustenta por si, ela é questionada principalmente, pela forma como o orgânico se impõe, fragilizando o que estaria suposto no saber materno, dificultando seu exercício, deixando a leitura do que é expresso pelo bebê, ser realizada pelos profissionais.

É necessário que haja uma aproximação por parte do profissional, auxiliando as mães na compreensão em ato do comportamento do bebê, favorecendo a leitura de suas manifestações corporais, bem como na constituição dos ritmos de sono-vigília e de presença-ausência, organizadores fundamentais para a atividade e primeiras inscrições que o bebê recebe. O terapeuta poderá fazer uma outra leitura: o que se passa à mãe do bebê hospitalizado e como vai se estabelecendo a “captura imaginária” que, na relação primordial, através do olhar da mãe, organiza também a postura e o olhar do bebê. São informações que podem ser compreendidas por todos os profissionais que se ocupam dos bebês, enquanto mais um instrumento de prevenção e atenção à saúde.

As informações, de competência da Estimulação Precoce, podem funcionar como recurso preventivo e base de fornecimento de dados tanto para efetivar programas de seguimento às crianças de risco como oferecer elementos de conhecimento do crescimento e desenvolvimento infantil, decorrentes de privações ou mesmo funcionar como termômetro para a eficácia de outros serviços materno infantis.

Atualmente, é difícil encontrar uma rotina hospitalar voltada para o entendimento das produções corporais dos bebês prematuros e, conseqüentemente, uma assistência hospitalar que favoreça o

reconhecimento das mães dessas manifestações psicomotoras. Acredito que este é um aspecto deva ser pensado e proposto às instituições a partir de fóruns de discussão e formação, para que os profissionais especializados possam oferecer-se de ponte entre os pais e os bebês, facilitando o estabelecimento tanto das amarras constitucionais como dos laços psíquicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJURIAGUERRA, J. **Manual de psiquiatria infantil**. Barcelona: Masson, 1977.

ASIMOV, I. **Gênios da humanidade**. Rio de Janeiro: Bloch, 1974.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BALDA, R. **Adultos são capazes de reconhecer a expressão facial de dor no recém-nascido a termo?** 147 f. Dissertação de Mestrado em Pediatria – Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BAUER, W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BERGÈS, J. Doze textos de Jean Bergès. *In*: **ESCRITOS da criança**. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat., 1997. p.51-65. (Escritos da criança, n. 2).

BERGÈS, J.; BALBO, G. **Jogo de posições da mãe e da criança**: ensaio sobre o transitivismo. Porto Alegre: CMC, 2002.

BRIZOT, M. de L.; FUJITA, M.; REIS, N. *et al.* **Malformações fetais em gestação múltipla.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.511-517, set. 2000.

BUZNEL, M. C. **A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?** São Paulo: Escuta, 1997.

CORIAT, E. **Psicanálise e clínica de bebês.** Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.

CORIAT, L. **Maturação psicomotora no primeiro ano de vida da criança.** 3. ed. São Paulo: Moraes, 1991.

CORIAT, L.; JERUSALINSKY, A. Definição de estimulação precoce. *In:* JERUSALINSKY, A. *et al.* **Escritos da criança.** Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1987. p. 72 -75. (Escritos da criança, n. 1).

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo.** São Paulo: Perspectiva, 1992.

DRUON, C. Ajuda ao bebê a aos seu pais em terapia intensiva neonatal. *In:* WANDERLEY, D. (Org.). **Agora eu era o rei.** Salvador: Ágalma, 1999. p. 35 – 54. (Coleção de calças curtas).

ESSENTE, I. Fisiopatologia oculare della prima infancia. *In:* JERUSALINSKY, A. *et al.* **Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil: una clinica transdisciplinária.** Buenos Aires: Nueva Visión, 2000. p. 130-142.

FLAKNER, F. **Desarrollo humano.** Barcelona: Salvat, 1969.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em obstetrícia.** 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001.

FREUD, S. **Projeto para uma psicologia científica.** São Paulo: Imago, 1976. (Obras completas, v. 1).

\_\_\_\_\_. **Representações inconscientes.** São Paulo: Imago, 1976. (Obras completas, v. 2).

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde.** Porto Alegre: Da Casa, 1997.

HUBEL, D. **Eye, brain and vision.** Nova York, 1995. (Scientific american library series, n. 22).

JERUSALINSKY, A. **Psicanálise e desenvolvimento infantil.** 2. ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999.

JERUSALINSKY, J. Do neonato ao bebê: a estimulação precoce vai à UTI neonatal. **Revista Estilos da Clínica,** São Paulo, n. 8, p. 49-63, 2000.

JERUSALINSKY, J. **Enquanto o futuro não vem:** a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Salvador: Ágalma, 2002. (Coleção de calças curtas, n. 3).

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais/bebê:** a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LACROIX, M. B.; MONMAYRANT, M. **Os laços do encantamento da observação de bebês segundo Ester Bick e suas aplicações.** Traduzido por Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LAZNIK, M. C. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? *In:* WANDERLEY, D. (Org.). **Palavras em torno do berço.** Salvador: Ágalma, 1997. p. 35-51. (Coleção de calças curtas, n. 1).

LENT, R. **Cem bilhões de neurônios:** conceitos fundamentais de neurociência. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002.

LEININGER, M. **Qualitative research methods in nursing.** Orlando: Grune & Stratton, 1985.

LEVIN, E. **La infancia en escena:** constitución del sujeto y desarrollo psicomotor. Buenos Aires: Nueva Visión, 1995.

MANGHI, L. En las incubadoras de neonatología. *In: JERUSALINSKY, A. et al. Estimulación temprana.* Buenos Aires: F.E.P.I, 1997. p. 131-139. (Escritos de la infancia, n. 8).

MIYAKI, M. *et al.* **Manual de neonatología.** 3. ed. Universidade Federal do Paraná - Departamento de Pediatria, Curitiba, 2001.

MOLINA, S. O bebê da estimulação precoce. *In: MOLINA, S. et al. Escritos da criança.* Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1998. p. 11-14. (Escritos da criança, n. 5).

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.. **Desenvolvimento Humano.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** Porto Alegre: ARTMED, 2004.

\_\_\_\_\_; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

QUEIROZ, T.; CORREA, J. R. Algumas considerações sobre a falha epistemo-somática e suas manifestações na criança. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 74-84, dez. 2002.

QUINO, Y. Alimentar, ser alimentado em UTI neonatal: prescrição ou alimentação? *In: WANDERLEY, D. Agora eu era o rei.* Salvador: Ágalma, 1999. p. 55-60. (Coleção de calças curtas, n. 2).

SAUSSURE, F. **Curso de lingüística geral.** São Paulo: Cultrix, 1977.

TAVARES, J.; ALARCÃO, I. **Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem.** Coimbra: Livraria Almedina, 1985.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciências sociais:** Idéias gerais para elaboração de um projeto de pesquisa. 2. ed. Porto Alegre, 2001. (Cadernos de Pesquisa Ritter dos Reis, v. 4).

\_\_\_\_\_. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação:** estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

\_\_\_\_\_. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes, 1988.

\_\_\_\_\_. **A criança e seu mundo.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

\_\_\_\_\_. **Da pediatria à psicanálise:** obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.



---

---

## APÊNDICES

---

---

**APÊNDICE A**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA E OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

PROJETO: MANIFESTAÇÕES PSICOMOTORAS DO RECÉM - NASCIDO  
PREMATURO INTERNADO

***A. QUESTÕES PARA A ENTREVISTA:***

1. Porque você acha que seu filho nasceu prematuro?
2. Como você acha que ele está?
3. Como você se comunica com ele?
4. Ele responde a sua presença? Como?

***B. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE:***

1. Movimentos corporais desencadeados pelo bebê na presença da mãe e/ou cuidador.

***C. REGISTRO DE CAMPO***

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Projeto:** Manifestações psicomotoras do recém – nascido prematuro internado.

Eu, Cláudia Rosso Trevisan, aluna do mestrado da UFRGS estou realizando uma pesquisa com a finalidade de conhecer e/ou reconhecer as manifestações psicomotoras, dos recém-nascidos prematuros (33 a 36 semanas de idade gestacional), internados em Unidade de Internação Neonatal.

Através deste trabalho, pretende-se contribuir para que os cuidadores de bebês reconheçam estas produções, e possam instrumentalizar-se para auxiliá-los na relação com seu bebê. Sua participação no estudo é voluntária, sendo assegurado o caráter confidencial das informações.

Quanto ao seu filho(a), com esse tipo de estudo não haverá riscos à integridade física e emocional, pois seu bebê será somente observado.

Quanto à sua participação, essa consiste de entrevista sobre aspectos da vivência com filho(a) prematuro hospitalizado. Para maior aproveitamento do momento de entrevista, solicito autorização para gravar a entrevista em fita cassete e filmar seu bebê, para melhor observação e registro de suas manifestações psicomotoras, entendidas como toda expressão constatada como movimentos físicos, expressões de choro, desconforto ou satisfação.

É assegurada a possibilidade de interromper a participação na pesquisa a qualquer momento, sem que haja comprometimento da assistência de seu filho. As informações serão utilizadas unicamente para fins científicos dessa investigação. Após transcrição ou análise das fitas (cassete e filmagem), estas serão guardadas por cinco anos e após destruídas.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas. A pesquisadora responsável é a Dra Anna Maria Hecker Luz que pode ser encontrada pelo telefone 33429605.

Eu \_\_\_\_\_, declaro que fui informado das justificativas e objetivos desta pesquisa de forma clara e detalhada. Todas as dúvidas foram respondidas e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pai / Mãe ou responsável pelo recém-nascido

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável      Assinatura da entrevistadora

PS: Este termo de consentimento será assinado em duas vias, uma permanecerá com a pesquisadora e outra com o responsável pela criança.

