

**Jaqueline Abrantes Pêgo**

**O TRABALHO REALIZADO EM UTIP COM BEBÊS PRÉ-TERMOS E  
SUAS MÃES: contribuições ao método clínico fonoaudiológico**

**Mestrado: Fonoaudiologia**

**PUC/SP  
São Paulo  
2005**

**Jaqueline Abrantes Pêgo**

**O TRABALHO REALIZADO EM UTIP COM BEBÊS PRÉ-TERMOS E  
SUAS MÃES: contribuições ao método clínico fonoaudiológico**

**Mestrado: Fonoaudiologia**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência para obtenção do Título de Mestre em Fonoaudiologia.

**PUC/SP  
São Paulo  
2005**

**Jaqueline Abrantes Pêgo**

**O TRABALHO REALIZADO EM UTIP COM BEBÊS PRÉ-TERMOS E  
SUAS MÃES: contribuições ao método clínico fonoaudiológico**

**Mestrado: Fonoaudiologia**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência para obtenção do Título de Mestre em Fonoaudiologia, sob a orientação da Profa. Dra. Suzana Magalhães Maia.

**PUC/SP  
São Paulo  
2005**

Pêgo, Jaqueline

**O trabalho realizado em UTIP com bebês pré-termos e suas mães:** contribuições ao método clínico fonoaudiológico/ Pêgo Jaqueline. – São Paulo, 2005.

vii, 137f.

Tese (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Pós-graduação em Fonoaudiologia.

Título em inglês: **The work performed in the PICU with premature babies and their mothers:** contributions to the speech therapist clinical approach.

1. Unidade de terapia intensiva pediátrica. 2. Pré-termo. 3. Alimentação. 4. Vínculo mãe/bebê. 5. Conceito Bobath. 6. Winnicott. 7. Neurociência.

**NOME DA UNIVERSIDADE: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.**

**NOME DO DEPARTAMENTO: Pós Graduados em Fonoaudiologia.**

Coordenadora do Curso de Pós-graduação: Profa. Dra. Beatriz C. Novaes

**Jaqueline Abrantes Pêgo**

**O TRABALHO REALIZADO EM UTIP COM BEBÊS PRÉ-TERMOS E  
SUAS MÃES: contribuições ao método clínico fonoaudiológico**

**Presidente da banca: Profa Dra. Suzana Magalhães Maia**

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_**

**Prof. (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_**

**Prof. (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_**

**Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura:

Data:

## Dedicatória

À memória do meu querido irmão Beto (Roberto Abrantes Pêgo).

Do ausente, recrio o olhar de agora, está em mim a tua tão forte presença, o sorriso, a amizade, a proteção! O irmão, as tuas imagens, sabê-lo em nós! Sensação bem-vinda, pois é você, no presente!



## **Agradecimentos**

Desejo agradecer a todos os que me disponibilizaram, seu tempo e sua boa vontade para que o meu trabalho fosse realizado:

À mãe e ao bebê que conheci no CTIP, que confiou em mim e muito me ensinaram,

À Profa. Dra. Suzana Magalhães Maia, por sua orientação cuidadosa, apoio sempre generoso e por assim ensinar, fez-me totalmente absorta e arrebatada pela pesquisa,

À equipe do Centro de Terapia Intensiva, do Berçário e da Unidade Pediátrica, do Hospital Governador Israel Pinheiro do Instituto da Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais-IPSEMG, pela oportunidade valiosa durante todo o percurso, pela confiança e apoio na realização da pesquisa,

Ao Dr. Reynaldo Gomes de Oliveira, Dr. Alexandre Rezende Fraga e Dr. Cristóvão de Castro Xavier, por terem colaborado com a realização desta pesquisa no setor da Pediatria do Hospital Governador Israel Pinheiro do Instituto da Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais-IPSEMG

À Daniela Moreira Nery pela valiosa contribuição no momento da pré-qualificação,

Às colegas de turma, pelos momentos felizes que passei durante esse percurso, e às de viagem Flávia Ribeiro, Mônica Heringer, Renata Pereira e Raquel Buzelin pelo companheirismo e amizade,

À Marli Domingues, pela atenção, interesse e delicadeza em atender-me em todos os momentos,

Ao Prof. Dr. Saul Cypel e Profa. Dra. Beatriz Novaes, por aceitar participar da minha banca examinadora, pela disponibilidade e interesse na pesquisa,

À Cláudia Perrota, que compartilhou comigo sua valiosa capacidade de pensar criativamente a redação do meu texto, trilhando junto o caminho da escrita, por sua contribuição inestimável,

À Vera Cerruti, pelo carinho, ajuda e acolhida generosa,

Ethel Battikha, pelo afeto e por todo o cuidado com a busca de referências,

À Helenice Soares de Lacerda, pelas leituras dos textos, estudos, seguidas de valiosas sugestões e palavras de incentivo, durante a realização desta pesquisa,

À Elô Lacerda, grande amiga e profissional, a sua constante presença e ajuda, pode nutrir o ânimo por todo o percurso deste trabalho,

Aos amigos Letícia e João Ferraz, pela amizade que nos uni, por terem viabilizado o dia a dia da Ada, quando me ausentava,

À minha mãe, pela presença e ajuda constante,

Aos meus irmãos ao amor que nos une,

A minha filha Ada, pelo sentido que da à minha vida, por ter se concentrado nos seus afazeres e pelo carinho,

Ao meu marido André, por ter sido muitos, por amor e admiração inesgotável.

**Agradecemos à Capes (Processo número ) pelo subsídio recebido, o  
que viabilizou a realização da pesquisa.**

# SUMÁRIO

Dedicatória	v
Agradecimentos	vi
Listas de Abreviatura e Siglas	x
Resumo	xii
INTRODUÇÃO	1
Percurso histórico: necessidade do fonoaudiólogo na equipe neonatal	2
Percurso pessoal: conceito Bobath e importância do vínculo mãe/bêbe	5
Objetivo	11
1.CONCEITO BOBATH DE TRATAMENTO NEUROMOTOR	12
Mudança de paradigma no entendimento das disfunções neuro-motoras	12
O entendimento do desenvolvimento normal e anormal no Tratamento Neuroevolutivo	14
Modelo reflexo-hierárquico e os Bobath	16
Perspectivas de tratamento no conceito Bobath	18
Técnica de manuseio: perspectiva atual no tratamento neuroevolutivo	20
O conceito Bobath na Fonoaudiologia	26
2.BASES TEÓRICAS PARA O ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO EM UTIPs	32
Estrutura teórica para a intervenção no neuropsicodesenvolvimento em UTIP	32
Fundamentação da teoria síncrono-ativa	32
Homeostase	33
Teoria Síncrono-ativa	35

Princípios	35
O sistema regulatório	36
O poder das experiências precoces e o papel das emoções no neurodesenvolvimento	37
3. BEBÊS DE ALTO RISCO, PROBLEMAS DE ALIMENTAÇÃO E O TRATAMENTO FONOAUDIOLÓGICO NA UTIP	43
Comportamento oral intra-útero	44
O recém nascido a termo e o seu desenvolvimento natural	45
O impacto do nascimento pré-termo: o bebê de risco, o ambiente de UTIP e o tratamento Fonoaudiológico	47
Fatores de risco para incidência de problemas alimentares	50
Comportamento motor do RN pré-termo como fator de risco para a adequada SDR	53
4. A IMPORTÂNCIA DO AMBIENTE NO DESENVOLVIMENTO DO RECÉM-NASCIDO	57
A mãe como ambiente facilitador	58
Preocupação materna primária e primeira mamada teórica	61
Coesão psicossomática: tendência natural à integração	64
5. MÉTODO	70
Local de realização do estudo e procedimentos para a sua viabilização	70
Opção metodológica e critérios para a escolha do caso clínico	72
Rotina de cuidados fonoaudiológicos com os bebês internados e inserção da pesquisadora na equipe multiprofissional	74
Dados do caso clínico selecionado e frequência dos atendimentos	76
Apresentação do caso clínico	80

6. ESTUDO DE CASO	81
Histórico da admissão no CTIP e evolução clínica	81
Início do atendimento fonoaudiológico: primeiras informações colhidas junto a equipe	82
Atendimento fonoaudiológico: cuidados com a mãe e com o bebê	87
Do primeiro ao sexto atendimento: busca da estabilidade fisiológica do bebê e das condições para que a mãe começasse a dele cuidar	87
Análise	94
Do sétimo ao décimo segundo atendimento: as experiências com a amamentação	96
Análise	107
Do décimo terceiro ao décimo oitavo atendimento: a efetivação da amamentação e o engajamento da equipe para a alta hospitalar	112
Análise	122
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
8. BIBLIOGRAFIA	131
Abstract	
Anexo	

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AIG</b>	Adequado para a idade gestacional
<b>AVD</b>	Atividades da vida diaria
<b>BP</b>	Baixo peso
<b>CTIP</b>	Centro de terapia intensiva pediátrica
<b>DBP</b>	Displasia bronco-pulmonar
<b>FC</b>	Freqüência cardíaca
<b>FR</b>	Freqüência respiratória
<b>GIP</b>	Grupo de Intervenção Precoce
<b>IG</b>	Idade gestacional
<b>IGC</b>	Idade gestacional corrigida
<b>IPSEMG</b>	Instituto da Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais
<b>LM</b>	Linha média
<b>MMII</b>	Membros inferiores
<b>MMSS</b>	Membros superiores
<b>NDT</b>	Neuro-developmental therapy
<b>NDTA-USA</b>	North American Neuro-Developmental Association
<b>O2</b>	Oxigênio
<b>PC</b>	Paralisia cerebral
<b>PIG</b>	Pequeno para a idade gestacional
<b>PN</b>	Peso de nascimento
<b>RGE</b>	Refluxo gastro-esofágico
<b>RN</b>	Recém-nascido
<b>RNPT</b>	Recém nascido pré-termo
<b>RNPTEs</b>	Recém-nascidos pré-termo extremos
<b>RNT</b>	Recém-nascido a termo
<b>SN</b>	Sucção nutritiva

<b>SNC</b>	Sistema nervoso central
<b>SNE</b>	Sucção nutritiva eficiente
<b>SNN</b>	Sucção não-nutritiva
<b>SNG</b>	Sonda nasogástrica
<b>SOG</b>	Sonda orogástrica
<b>SSDR</b>	Sincronia entre sucção, deglutição e respiração
<b>TNADM</b>	Teoria Neuromaturacional Aplicada ao Desenvolvimento Motor
<b>US</b>	Ultra-som
<b>UTIN</b>	Unidade de terapia intensiva neonatal
<b>UTIPs</b>	Unidades de terapia intensiva pediátricas
<b>VM</b>	Ventilação mecânica
<b>VO</b>	Via oral
<b>VPP</b>	Ventilação por pressão positiva



## RESUMO

Pêgo JA. **O trabalho realizado em UTIP com bebês pré-termos e suas mães: contribuições ao método clínico fonoaudiológico.** São Paulo; 2005.  
[Dissertação de Mestrado-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC-SP].

Este trabalho teve como objetivo delinear princípios e técnicas do atendimento fonoaudiológico a recém-nascidos pré-termos, desde o momento da sua internação no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica (CTIP), até a alta hospitalar, incluindo especificidades do enquadre envolvendo a mãe e a equipe multiprofissional. Para tanto, foi utilizada a metodologia clínico-qualitativa e realizado um estudo de caso de um recém-nascido pré-termo muito baixo peso, com dificuldades alimentares e em uma condição de alto risco para problemas no desenvolvimento, na alimentação e na constituição do vínculo mãe/bebê. A pesquisa foi feita no CTIP, no Berçário e na Unidade Pediátrica do Hospital Governador Israel Pinheiro do Instituto da Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), em Belo Horizonte. Os pressupostos teórico-metodológicos que embasaram este estudo advém das articulações estabelecidas entre fundamentos da Neurociência, da Psicanálise winnicottiana e também os advindos do Tratamento Neuroevolutivo-“Conceito Bobath” e da Teoria Síncrono-ativa, importantes para a compreensão do trabalho fonoaudiológico voltado ao recém-nascido de risco. Deu-se destaque à importância da mãe como primeiro ambiente de um bebê, fundamental, portanto, em sua constituição como pessoa. Pode-se concluir, a partir da análise do caso, que esse tipo de trabalho fonoaudiológico exige que o profissional esteja sintonizado com o bebê, com a mãe e também com a equipe hospitalar. Nesta perspectiva, é possível acolher a dupla mãe/bebê, humanizar o ambiente de UTIP e favorecer ao pequeno paciente que conquiste as aquisições deste período inicial da vida.

Palavras-chaves: pré-termo, Winnicott, alimentação, vínculo mãe/bebê, Conceito Bobath, Neurociência.

**ABSTRACT**

Pêgo JA. **The work performed in the PICU with premature babies and their mothers: contributions to the speech therapy clinical approach.** São Paulo; 2005. [Dissertação de Mestrado-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC-SP].

The purpose of this issue was to outline principles and techniques of the speech treatment of premature babies, since the moment of its hospital internment at the Pediatric Intensive Care Unit (PICU) until its discharge; along with the mother and the staff members who take care of the child. To achieve that aim, the qualitative-clinical methodology was used. A case study of an under-weight premature newborn who had feeding difficulties and was in a high risk condition concerning development, feeding and the establishment of a mother-baby bond was also discussed. The research took place in the PICU, the nursery and at Pediatric Unit of the Hospital Governador Israel Pinheiro do Instituto da Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), in the city of Belo Horizonte, Brazil. The theoretical-methodological bases of this study originated from the joint established among the foundations of the Neuro-science, the Winnicott psychoanalysis, Neuro-Developmental Treatment- “Bobath Approach” and Synactive Theory. All of them are very important for the understanding of the speech therapy work performed with the new-born in risk. The importance of the mother as the first environment a baby was also reinforced due to the baby’s constitution as “person”. From the analysis of this case we can come to the conclusion that this type of speech therapy work demands that the professional be in connection with the baby, the mother and also members of the hospital staff. In this perspective, it is possible to receive the mother-child bond, humanize the PICU environment and provide the little patients with tools that allow them to achieve a healthy and satisfactory development in its first period of life.

Key wurd: premature, Winnicott, feeding, mother-baby bound, Bobath Approach,  
Neuro-science

## INTRODUÇÃO

A clínica fonoaudiológica hospitalar voltada para bebês considerados de alto risco surgiu no Brasil no início dos anos 80, a partir de uma necessidade imperativa de atendimento aos problemas de alimentação desses pacientes. Nessa ocasião, houve também um grande investimento na área de terapia intensiva (tecnológico e científico), que culminou na criação de mais leitos e na inauguração de Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas (UTIPs).

Hoje, presenciamos um crescimento significativo nessa área, que vem resultando em novas pesquisas por parte dos fonoaudiólogos. Cada vez mais, estes têm procurado desenvolver parâmetros que possam nortear o cuidado com esses pacientes.

Um dos exemplos dessa preocupação são os estudos desenvolvidos por Xavier (1998, p. 272), que contemplam o “processo de alimentação como sendo essencial para o funcionamento do bebê e posteriormente para o desenvolvimento global” e abordam aspectos como: avaliação baseada nos critérios de normalidade funcional, sendo esse o parâmetro usado para a identificação de possíveis anormalidades; intervenção clínica objetivando a funcionalidade do sistema estomatognático através da realização da sucção não nutritiva e da sucção nutritiva, sem desconsiderar a evolução e os aspectos clínicos do paciente.

Já Hernandez (2003), baseando-se no modelo teórico da organização neurocomportamental formulado por Als (1986), chama a atenção para a necessidade de reconhecermos a disponibilidade ou não do lactente para responder às demandas do meio, observando que o funcionamento dos seus sistemas ocorre de forma interligada. A autora descreve os fatores que podem interferir no desenvolvimento da função de alimentação e faz referência, ainda, aos “princípios do desenvolvimento global” como sendo os mesmos elementos para o desenvolvimento do sistema estomatognático. Menciona ser relevante no tratamento as estratégias de intervenção no desenvolvimento global através do manuseio e do posicionamento.

E mais recentemente, considerando que a relação mãe/bebê é um aspecto central na abordagem de tratamento nos recém-nascidos de alto risco que apresentam problemas na alimentação, temos a dissertação de mestrado de Ferraz (2003), que se baseia em pressupostos winnicottianos<sup>1</sup>. A pesquisa ressalta que o atendimento fonoaudiológico deve ter início no primeiro dia de vida do bebê, visando possibilitar o vínculo dele com a mãe e a adequação ambiental, para que, assim, torne-se viável o desenvolvimento da sucção nutritiva.

Junto a esse desenvolvimento da área, também observamos uma abertura cada vez maior nas equipes multidisciplinares para o tipo de contribuição que a Fonoaudiologia pode oferecer no contexto hospitalar.

Porém, nem sempre foi assim.

Para que possamos compreender como o fonoaudiólogo passou a fazer parte da equipe multiprofissional dedicada a esses pacientes, é necessário, antes, traçar um breve panorama histórico da constituição das UTIPs, como faço a seguir. E por ter participado ativamente, desde os primórdios, da inserção da Fonoaudiologia nesse contexto, apresento também uma síntese de meu percurso pessoal e das preocupações que sempre me acompanharam nesse trabalho com bebês

### **Percurso histórico: necessidade do fonoaudiólogo na equipe neonatal**

Antes do surgimento desse espaço de tratamento intensivo neonatal, os casos clínicos eram atendidos, em sua maioria, em berçários de alto risco por uma equipe que tinha à frente uma nova especialidade médica, a neonatologia. Os poucos e raros neonatologistas contavam com a ajuda da equipe de enfermagem, que ainda não era especializada. Juntos, promoviam o atendimento dos recém-nascidos com risco de vida e que necessitavam de intervenções imediatas. Nessa

---

<sup>1</sup> Esse e outros estudos, assim como o presente, fazem parte da linha de pesquisa desenvolvida no Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia pela Profa. Dra. Suzana M. Maia. Nosso objetivo é desenvolver e discutir princípios e práticas clínicas fonoaudiológicas à luz da Psicanálise de Winnicott. Especificamente no que diz respeito à prática clínica com bebês, vale conferir a dissertação de Souza (2004), que busca compreender a constituição dessa área de atuação fonoaudiológica, tanto no que se refere à audição como à alimentação, e fornece um panorama de como esses pacientes têm sido atendidos no Brasil.

ocasião, ainda era alto o número de óbitos, porque não se contava com a tecnologia necessária, nem com um número adequado de pessoal treinado que pudesse realizar esse tipo de intervenção, especialmente com o caráter de urgência necessário nesses casos.

Mas, mesmo nessa situação adversa, conforme os cuidados iam se tornando mais específicos, os recém-nascidos de alto risco, principalmente os pré-terms identificados como de baixo peso e pequenos para a idade gestacional<sup>2</sup>, foram tendo uma maior sobrevida. Tornou-se premente então o problema da internação hospitalar prolongada, uma das conseqüências do insucesso no desempenho da função oral de alimentação e que aumentava o risco de esses pacientes contraírem infecção hospitalar.

Quando o bebê não mais corria risco de vida, a equipe tinha como preocupações o ganho de peso e o crescimento; nessa medida, a próxima etapa tinha como objetivo iniciar o desmame da sonda de alimentação e a ingestão do alimento por sucção. Porém, nesse momento do processo, não era possível prever a alta hospitalar. Nesse enfoque, a evolução da sucção tendia a ser irregular, com freqüentes intercorrências que afetavam a estabilidade clínica, colocando em risco a vida desse pequeno paciente, como a pneumonia aspirativa, podendo até mesmo levar à morte.

A tendência era, então, os bebês sobreviventes receberem alta hospitalar sugando mal, sem uma funcionalidade típica nos sistemas responsáveis por essa função vital e com movimentos compensatórios no momento da alimentação, como aumento ou abaixamento exagerado do tônus muscular, fraco vedamento labial, retração da língua, entre outros aspectos que influenciam na adequada sincronia entre sucção, deglutição e respiração (SSDR).

---

<sup>2</sup> Esses parâmetros serão descritos no capítulo de método.

Essa situação, que era preocupante, tornou-se ainda mais ameaçadora com a inauguração de novas Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas - UTIPs, pois, além do suporte tecnológico, as equipes passaram a utilizar o surfactante<sup>3</sup>, que, aliado aos cuidados respiratórios, foi determinante no aumento da sobrevivência dos recém-nascidos pré-termo extremos (RNPTes), que são muito imaturos, de muito baixo peso ou baixo peso extremo, sendo, até então, considerados inviáveis.

Diante desse quadro, o cuidado específico com esses pacientes foi se tornando cada vez mais presente também em outras áreas de conhecimento. Como a assistência imediata possibilitava o aumento da sobrevivência, os problemas de alimentação eram mais acirrados e mais urgentes nos recém-nascidos de alto risco, o que abriu campo para a atuação fonoaudiológica.

Sem dúvida, esse processo culminou na abertura de uma nova área de trabalho, pois os médicos começaram a demandar o atendimento fonoaudiológico já não mais para atendimentos isolados de casos clínicos, para os quais algumas poucas fonoaudiólogas<sup>4</sup> eram chamadas por seus clientes de consultório, ou por já terem atuado com alguma criança da família desse bebê com dificuldade. Com a delimitação de nosso objeto de trabalho, ficou claro que o atendimento deveria ser realizado durante a internação, sendo então o fonoaudiólogo incluído em um quadro hospitalar mais amplo.

---

<sup>3</sup> Surfactante: é a substância que reduz a tensão superficial da interface líquido-gás dentro dos alvéolos, diminuindo assim a tendência ao colapso alveolar. Sua adequada produção está relacionada com a maturação pulmonar, e é usualmente presente em bebês nascidos com 35 semanas de idade gestacional. A produção artificial tem, na sua aplicabilidade terapêutica, a prevenção da insuficiência respiratória.

<sup>4</sup> De fato, o vislumbre da necessidade da prática fonoaudiológica no contexto hospitalar não ocorreu de imediato. Até os anos 80, os pacientes que precisavam desse tipo de serviço só podiam contar com aquelas poucas fonoaudiólogas que, por conta de sua especialização dentro do enfoque Bobath, faziam intervenções nos seus consultórios. Com o tempo, essas profissionais passaram a ser chamadas quando esses bebês eram hospitalizados, permanecendo internados em UTIPs e/ou pediatria por precisarem de cuidados, visando uma melhora respiratória e do estado geral; realizavam então a estimulação da função oral - alimentação – para que os bebês internados pudessem, no menor prazo possível, prescindir da sonda nasogástrica e/ou obterem alta hospitalar.

## **Percurso pessoal: conceito Bobath e importância do vínculo mãe/bebê**

Foi então nesse contexto de urgência que, assim como outras poucas fonoaudiólogas, ingressei no tratamento de recém-nascidos de alto risco. Iniciei, como voluntária, no “berçário de cuidado intensivo” e no “berçário de cuidado intermediário” na Maternidade Odeth Valadares, em Belo Horizonte. Permaneci nessa maternidade por aproximadamente um ano, propondo à equipe, num primeiro momento, que faria uma observação dos bebês, das suas famílias e da equipe neonatal para me familiarizar com o universo da práxis neonatal e então propor estratégias de intervenção. Essa maternidade, na época, era referência no atendimento a gestantes de alto risco pela rede pública e não contava com uma UTIP.

No final de 1986, fui convidada a fazer parte da equipe multidisciplinar e a implantar um Serviço de Fonoaudiologia na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, onde formei o Grupo de Intervenção Precoce – o GIP da UTIP do Hospital Mater Dei de Belo Horizonte, lá permanecendo por dez anos, sendo que depois implantei e coordenei o serviço em outros hospitais.

Na rotina de cuidados, observava a grande dificuldade que os profissionais encontravam para alimentar esses bebês por via oral e como essa tarefa colocava em risco a estabilidade deles, sendo a alta imprevisível e o risco de re-internação bastante provável. Nesse contexto, os neonatologistas e toda a equipe perceberam a importância da Fonoaudiologia para a alta hospitalar em boas condições, isto é, com o bebê alimentando-se eficientemente. Foram sendo então estabelecidos critérios para a alta hospitalar, privilegiando-se a amamentação, pensando-se, assim, em garantir o vínculo afetivo mãe/bebê.

De minha parte, fui também efetivando outros cuidados com a mãe no ambiente de UTIP (aos quais vou me referir mais adiante) para que pudesse garantir a circulação de afeto entre ela e seu filho.



Nessa medida, não mais somente os órgãos vitais e o sistema sensório-motor desses recém-nascidos foram investidos de cuidados<sup>5</sup> - a atenção voltou-se também para as mães. Uma das primeiras medidas tomadas pela equipe, já com a participação efetiva do fonoaudiólogo, foi permitir o livre acesso delas à UTIP, para que pudessem visitar e se aproximar mais efetivamente de seus filhos. Elas passaram a ser, nessa medida, o centro das atenções (e ações), principalmente de alguns dos fonoaudiólogos que entraram nas UTIPs em tempos tão iniciais dessa práxis.

Fui constatando que a UTIP constituía-se no primeiro espaço no qual nos deparávamos com o sofrimento dessas mães num momento tão inicial da vida do filho. Isso despertou um crescente interesse de minha parte pelo vínculo mãe/bebê, pela constituição psíquica, e o desejo de humanizar o ambiente hospitalar, já que o considerava potencialmente desumanizador, acrescido da separação mãe-bebê e pelo fato de a primeira estar vivenciando uma situação traumática, desorganizadora da função materna.

De fato, no cotidiano da clínica particular, em meu consultório, já vinha observando sintomas fonoaudiológicos que, em parte, pareciam resultar das dificuldades advindas dos relacionamentos iniciais e não apenas do distúrbio orgânico/funcional de meus pacientes. Assim, muitas vezes, alterações no comportamento da alimentação - tais como no ritmo da sucção, da deglutição e da respiração, na modulação do tônus, na diferenciação do estado de sono e de vigília, na interação social, além de irritabilidade e desinteresse - podem decorrer de dificuldades na constituição do vínculo mãe-bebê, ou na quebra dele, com a separação muito precoce entre ambos. Esses aspectos também precisam ser considerados, portanto, na avaliação e no atendimento clínico fonoaudiológico.

Cabe-nos, nessa medida, encontrar maneiras de cuidar bem da mãe para que ela possa cuidar de seu filho, e aqui me refiro à necessidade do profissional acolher essa mãe em sua dor, escutando-a e permitindo que ela se ampare nele e nos cuidados que serão dedicados pela equipe ao seu bebê. O terapeuta busca,

---

<sup>5</sup> Nesta dissertação, não vou perder de vista a técnica de manuseio global e as que incidem sobre o SSMO desses bebês, pois venho notando que a Fonoaudiologia se encontra bastante carente de publicações que as explicitem.

assim, fornecer um alicerce essencial às questões do neurodesenvolvimento e à restauração de um vínculo seguro, compreendendo que, nessa etapa, é impossível separar o que favorecerá o funcionamento adequado do organismo do bebê de sua constituição psíquica.

Encontramos na neurociência o ponto de apoio para essa articulação, especificamente em suas bases neurobiológicas. De fato, os estudos têm demonstrado que não só o crescimento do cérebro, mas a arquitetura/organização da rede neural é determinada em função da influência do ambiente ao qual o bebê está exposto. Assim, considera-se que o cérebro não se constitui, somente, pela programação contida nos gens/ontogênese, mas que essa programação é modulada pelas influências do ambiente/epigenêse. Desta maneira, no atual enfoque do conhecimento, torna-se significativo o papel do vínculo mãe/filho, sendo a este atribuído o estímulo para formar os circuitos neurais adequados ou não no cérebro do bebê.

Mas e quanto aos cuidados fonoaudiológicos voltados ao recém-nascido? É necessário, pois, um modelo de tratamento sensório-motor que nos permita intervir no desenvolvimento da sucção e deglutição em pré-termos que fazem uso de sonda ou estomia para se alimentar.

Nesse sentido, considero que foi fundamental a inclusão de noções do “Conceito Bobath” de tratamento aos bebês da UTIP<sup>6</sup>, já que, assim, obtemos uma visão global do neurodesenvolvimento funcional normal e do dito patológico, nos seus vários aspectos, principalmente o sensório-motor. Essa visão global estende-

---

<sup>6</sup> Não só porque esse foi o percurso das fonoaudiólogas precursoras (no qual me incluo) desse atendimento hospitalar, como porque acredito que todos os profissionais que pretendem trabalhar com pacientes com problemas neuro-motores precisam se instrumentalizar para melhor tratá-los em seus problemas funcionais. A formação nesse conceito de tratamento exige que, primeiramente, o profissional frequente um curso básico, para somente depois desse primeiro contato com esse raciocínio clínico se especialize no atendimento de bebês, podendo então se matricular em um curso mais avançado: o “*Baby Course*” do enfoque “Bobath”. É importante ressaltar que, apesar desse conceito de tratamento ser usado em todo o mundo, foi a Fonoaudiologia no Brasil que veio conquistando esse território das UTIs neonatais e o trabalho com a primeira infância. Atualmente tem me chamado a atenção os profissionais que, junto ao “Bobath”, vêm trabalhando também com a “Coordenação Motora” das Béziers, M.; Hunsinger, Y., pois esse é um método também tão global e também baseado na coordenação motora e na biomecânica tanto quanto o Bobath. Cf: “O Bebê e a Coordenação Motora”, São Paulo: Summus, 1994.

se desde o nascimento, seguindo até as últimas aquisições de postura, movimento, e as específicas das funções orais, como as de alimentação.

Nessa visão, aprendemos a identificar e correlacionar aspectos específicos dentro de uma estrutura de funcionamento global, isto é, levando em consideração a inter-relação dos dados de postura e de movimento com o nível de desenvolvimento e funcionamento do sistema oral. Essa possibilidade de levantar dados e correlacioná-los dentro das questões de desenvolvimento, estabelecendo parâmetros de normalidade, identificando os componentes que promovem a função vital-alimentação (sucção, deglutição e respiração), delimita uma área de atuação que facilita o funcionamento orgânico sem se preocupar, a princípio, com dados apenas motores.

Essa aprendizagem, de fato, conduz ao raciocínio na terapêutica fonoaudiológica, privilegiando a facilitação do desenvolvimento funcional no nível maturacional do indivíduo, em relação ao seu sistema sensório motor oral e global. O terapeuta usa essa técnica para fornecer estabilidade de postura durante os cuidados e/ou enquanto o bebê realiza a função - no caso, alimentação. Além disso, devemos monitorizar o ritmo e a intensidade do manuseio no bebê pelo seu comportamento, para que possa conservar a energia, manter a estabilidade fisiológica, atingir o estado calmo e desenvolver a sua funcionalidade global e oral. Foi essa então uma das vias que possibilitou e caracterizou o trabalho fonoaudiológico com os bebês de alto risco.

No meu percurso, essa abordagem foi, de fato, marcante. A vivência desse trabalho me levou a desenvolver uma sensibilidade e uma empatia com o bebê e a me concentrar na sutileza que se faz necessária durante o manuseio do seu corpo para, assim, atender suas demandas.

Importante compreendermos, no entanto, que a técnica de manuseio, estabelecida dentro de critérios (nível de desenvolvimento, diagnósticos e estado geral), irá garantir o preparo do corpo do bebê para que ele possa ter um melhor desempenho na função oral de alimentação, e também facilitar a adequada sincronia entre sucção, deglutição e respiração (SSDR) e a sua progressão para a aquisição da alimentação eficiente. Porém, é preciso contextualizar o trabalho oral

no corpo do bebê, com procedimentos e manuseios muito específicos dentro da área fonoaudiológica, sem desconsiderar a relação mãe/filho.

De fato, cada vez mais os fonoaudiólogos têm buscado atuar em UTIPs; porém, observa-se que, muitas vezes, privilegiam as técnicas que incidem, basicamente, na região oral dos recém-nascidos. Com isso, desconsideram a relação entre a movimentação e a postura global com a especificidade oral e, ainda, os padrões de amadurecimento das funções orais, condizentes com os padrões globais de desenvolvimento.

Mesmo quando se preocupam com o desenvolvimento global do bebê, o raciocínio específico sobre os manuseios que garantiriam uma postura mais organizada, levando o pequeno paciente a coordenar suas funções de sucção/respiração/deglutição, geralmente, limita-se à aplicação mecânica de exercícios. Estes, por não darem conta da singularidade dos pacientes, acabam invadindo-o, levando com frequência a um efeito iatrogênico importante, como à alta hospitalar sem a aquisição de uma alimentação segura por via oral. É relevante considerar que, nessa situação de risco, a tarefa de desenvolvimento desse estágio da vida, a homeostase/estabilidade e o vínculo mãe/bebê podem não ocorrer.

Esse tipo de intervenção tende a desconsiderar o corpo psicossômático que está em constituição e é o principal veículo entre o bebê e a mãe e entre ele e a própria mente. Inicialmente, o bebê se faz presente pelo somatosensorial, com seus vários sistemas e subsistemas, e a sua relação com o mundo se dá pela pele ou pela boca e pelas necessidades fisiológicas. As representações mentais do funcionamento orgânico que viabilizam o *self* - o eu sou - incluem perceber, especificamente, a mãe nessa função que favorece a junção corpo-psiquismo. Nessa medida, transformar os horários das dietas em procedimentos mecânicos significa desvalorizar a importância da interação da mãe com seu filho, e as condições que este apresenta de a elas corresponder, o que é imprescindível na organização das relações entre o bebê e o meio ambiente.

É preciso ter em mente que qualquer alteração na alimentação pode afetar não somente o estado nutricional como o global do bebê (já que sabemos que o

corpo do bebê não ganha peso e não se desenvolve sem o investimento materno) e a relação pais/filhos.

Quanto a esse aspecto, observamos que a prática clínica vem abrindo campo para que o fonoaudiólogo compreenda a importância do ambiente como elemento capaz de potencializar o desenvolvimento das aptidões biológicas da criança. A psicanálise desenvolvida por Winnicott tem auxiliado grandemente nessa compreensão, bem como a neurociência, que vem ressaltando a importância da questão vincular na organização e no funcionamento do cérebro.

Então, no intuito de refletir sobre o trabalho clínico/hospitalar fonoaudiológico, apresento aqui um estudo de caso de um recém-nascido pré-termo muito baixo peso, com dificuldades alimentares e em uma condição de alto risco para problemas no desenvolvimento, na alimentação e na constituição do vínculo mãe/bebê. O atendimento fonoaudiológico foi por mim realizado no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica (CTIP) do Hospital Governador Israel Pinheiro do Instituto da Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), em Belo Horizonte, e teve duração de trinta e um dias, sendo realizados dezoito atendimentos. Discuto, ainda, uma possibilidade de o fonoaudiólogo atender às demandas de seu pequeno paciente sem descuidar da mãe, ajudando-a a desvelar maneiras de se aproximar de seu bebê.

Para embasar minhas reflexões, apresento os princípios teórico-práticos do Tratamento Neuroevolutivo-“Conceito Bobath”, da Teoria Síncrono-ativa e fundamentos da Neurociência, além, obviamente, da apropriação que a área fonoaudiológica vem fazendo dessas abordagens. Também abordo alguns pressupostos da psicanálise winnicottiana para compreendermos a importância da mãe como primeiro ambiente de um bebê, fundamental, portanto, em sua constituição como pessoa.

E é nessa junção complexa, que abarca tanto as técnicas globais e específicas como o cuidado na relação mãe e filho, sendo portanto "lados de uma mesma moeda", indissociáveis, que, acredito, esta dissertação possa dar uma contribuição à clínica fonoaudiológica de bebês.

## **Objetivo**

O objetivo do presente trabalho é delinear princípios e técnicas utilizadas pelo fonoaudiólogo no atendimento a bebês recém nascidos pré-termo, desde o momento da sua internação no CTIP, até a alta hospitalar, incluindo especificidades do enquadre envolvendo a mãe e os cuidadores da equipe que atende o bebê. Significa, neste contexto, uma contribuição para a configuração do método clínico fonoaudiológico.

# 1. CONCEITO BOBATH DE TRATAMENTO NEUROMOTOR

## Mudança de paradigma no entendimento das disfunções neuromotoras

A abordagem de Tratamento do Desenvolvimento Neuroevolutivo (NDT), termo utilizado pela Associação Norte Americana de Tratamento Neuroevolutivo (NDTA-USA) e pela literatura internacional, teve um profundo impacto no manejo das disfunções sensório-motoras de adultos e crianças com neuropatologia, sendo inicialmente conhecida como “Conceito Bobath”. A metodologia do “Conceito Bobath” foi desenvolvida pela Sra. Berta Bobath, fisioterapeuta, e pelo Dr. Karel Bobath, neurologista, com publicação científica em 1948.

A longevidade desse conceito justifica-se, segundo o comitê de teoria NDT (1994), por ser um “conceito vivo”. De fato, o enfoque da abordagem centra-se na análise solucionadora de problemas de postura e movimento, considerando-se a correlação entre as atividades funcionais e as deficiências subjacentes (Comitê NDTA, 2002, p.3).

A abordagem de Tratamento Neuroevolutiva -“Conceito Bobath” tem evoluído por todos esses mais de cinqüenta anos, tendo sofrido, no início dos anos 90, uma grande reformulação, refletindo um novo paradigma. Assim, a aplicabilidade desse conceito passou a ser vista à luz das novas teorias da ciência do desenvolvimento motor, do controle motor e da aprendizagem motora.

Inicialmente, as duas grandes contribuições da Sra. Bobath foram: o reconhecimento de que crianças com Paralisia Cerebral (PC) ou adultos com hemiplegia decorrente de Acidente Vascular Cerebral (AVC) sofriam de fraquezas e enrijecimentos musculares, e, mais importante do que isso, a conclusão de que apresentavam uma desordem de coordenação de postura e movimento de origem central (B. Bobath, 1953).

Assim, uma lesão no SNC levaria a uma alteração no tônus e a uma deficiência na coordenação da ação muscular, e isso impedia ou limitava a habilidade funcional<sup>7</sup>.

A alteração não se dava em um membro isoladamente (tendo sua origem no SNC), pois uma atividade funcional envolve todos os músculos do corpo e, para tanto, requer a capacidade de combinar o controle da postura e do movimento para que ocorra adequada gradação entre a estabilidade/mobilidade articular e a autonomia na função.

Essa nova abordagem de tratamento pôde demonstrar, com propriedade, a aplicabilidade terapêutica da técnica de manuseio como meio que facilita a adequação no movimento funcional, guiando cuidadosamente a entrada sensorial e a saída motora pelo sistema de *feed back* do movimento.

Essa foi, de fato, uma idéia bastante original para a época, qual seja, a de um terapeuta ter impacto no movimento funcional do paciente pela influência no seu SNC, utilizando, para isso, a técnica de manuseio elaborada pela Sra. Bobath. Até então, pensava-se que o SNC era o único responsável pelo movimento, sendo passivamente controlado pelo *feed back sensorial*, com o reflexo sendo o primeiro componente.

Teve início, então, uma nova forma de encarar o tônus muscular anormal na presença de lesão não progressiva no SNC. Houve, portanto, uma mudança no paradigma vigente. O enfoque terapêutico passou de grupos musculares isolados para a compreensão do funcionamento do SNC e do controle motor no desenvolvimento normal (neurofisiologia), a fim de se planejar o tratamento das disfunções neuromotoras pelo motor global. O paciente começou a ser tratado como um todo, tendo o terapeuta como desafio favorecer o controle motor e priorizar o impacto no movimento funcional para as atividades da vida diária (AVD) e sendo a família orientada para dar continuidade ao tratamento.

---

<sup>7</sup> A literatura atual concorda que o tônus postural interfere nas habilidades funcionais e/ou contribui no desenvolvimento de disfunções secundárias, sendo difícil, porém, de ser mensurado objetivamente. Hoje, pelo conceito Bobath, caracterizar os outros elementos que participam do controle postural e a inter-relação entre eles colabora para a especificidade terapêutica.



Os Bobath enfatizavam, então, um processo interativo entre os componentes da equipe, formada por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, médicos, e destes com o paciente e sua família. Assim, a prática clínica proposta considerava o contexto individual da criança e não só os princípios neurofisiológicos do modelo reflexo-hierárquico do controle motor, nos quais o Dr. Bobath se fundamentou.

Através de tentativa e erro, Os Bobath foram então aprendendo mais sobre as respostas dos pacientes, possibilitando a compreensão mais apurada e a divulgação de como os terapeutas poderiam ajudá-los<sup>8</sup>.

Enquanto desenvolviam essa práxis, o conceito de tratamento foi expandido com a contribuição da prática clínica no tratamento dos bebês de Mary Quinton, fisioterapeuta, e da Dra. Elsbeth Köng, pediatra. Desta maneira, todo esse dinamismo possibilitou que o conceito evoluísse.

A mais recente contribuição para o entendimento do desenvolvimento sensório-motor e para o tratamento do bebê de risco veio de Lois Bly (1983), que identificou e descreveu os componentes do movimento normal.

## **O entendimento do desenvolvimento normal e anormal no Tratamento Neuroevolutivo**

Com relação especificamente ao uso do conceito Bobath em bebês, no final dos anos 50, Mary Quinton e a Dra. Elsbeth Köng passaram então a aplicá-lo nessa população. Inicialmente, realizaram treinos com os Bobaths e, posteriormente, estes também passaram a tratar de bebês a partir da contribuição dessas estudiosas, sendo essa possibilidade de atuação incorporada ao método original.

O trabalho de Köng enfatizava métodos para a detecção precoce dos sinais de desvios no desenvolvimento do controle motor, e o de Quinton, a

---

<sup>8</sup> Atualmente, pelo Tratamento Neuroevolutivo Conceito Bobath, o aspecto empírico na clínica é algo considerado fundamental. A prática clínica envolve o imprevisível que emerge da relação do terapeuta com a família/ bebê-criança/ função /emoção, e esse aspecto deve conduzir o terapeuta.

intervenção antes do estabelecimento da ação funcional com compensação. Coube a última interpretar as diferenças no desenvolvimento sensório-motor nos movimentos típicos e atípicos em bebês e teorizar a respeito, descrevendo a “competição” entre padrões normais e anormais que estavam sob o risco de disfunção neuro-motora.

Essa análise de competição de padrões dá aos terapeutas uma ferramenta para reconhecer os sinais de uma dominação crescente de padrões atípicos em bebês pré-termos ou muito novos com história de fatores de risco, mas que não desenvolveram os sinais clássicos de PC e apresentam dificuldades funcionais. Esse processo também alerta para a necessidade de se iniciar a intervenção antes que os padrões anormais se tornem tão bem praticados e dominantes a ponto de impedir o desenvolvimento de um amplo leque de padrões de movimento. A meu ver, esse é um dos mais fortes motivos para se começar o atendimento o mais precocemente possível, ou seja, quando o paciente é ainda bebê.

Posteriormente, o aspecto da precocidade do tratamento foi incorporado como parte essencial do Curso de Bebês (Baby Courses) no NDT, com referente publicação entre 1981 e 2002. Mary Quinton forneceu, assim, uma contribuição expressiva à área de intervenção precoce no manejo dos bebês de risco, sendo que, posteriormente, também Lois Bly contribuiu nesse sentido.

Lois Bly (1983) identificou e descreveu os componentes do movimento normal baseando-se nas contribuições de sistemas músculo-esqueléticos (transferência de peso, controle de extensão antigravitacional, flexão e rotação). Essa estudiosa concluiu que esses elementos se desenvolvem de forma sistemática para apoiar os marcos motores e sustentou que é importante para os terapeutas identificá-los, a fim de avaliar um desenvolvimento típico ou atípico. Descreveu, então, esses componentes em várias posições (supino, prono, sentado, ortostatismo), concentrando-se em movimentos no plano sagital, frontal e transversal e em transferências de uma posição para outra.

De fato, tipicamente, os bebês ativam e alongam seus músculos, movendo-se em todos os três planos de movimento. Eles brincam com flexão e extensão em

supino; extensão e flexão em prono; transferência lateral de peso para cada lado em supino, prono, sentado e em pé; e rotação em volta do eixo do corpo em todas as posições. Flexão e extensão ocorrem no plano sagital; movimentos laterais, abdução e adução ocorrem no plano frontal; e rotação ocorre no plano transverso.

A análise detalhada de Bly (1983, 1994, 1999) desses componentes permite que terapeutas identifiquem elementos atípicos ou ausentes em crianças com disfunção motora e reforça o conceito dos Bobath, de que a seqüência neuroevolutiva não é um processo contínuo, no qual um marco é a fundação para o próximo; ao contrário, esses marcos são a expressão de características comportamentais adequadas à idade.

Bly nos trouxe uma grande contribuição, pois reorganizou o Modelo Bobath no Tratamento Neuroevolutivo dos pequenos pacientes com disfunções neuromotoras, mesclando-o teoricamente com a visão mais atual da Biomecânica e da Cinesiologia.

### **Modelo reflexo-hierárquico e os Bobath**

Tendo como fundamentação o modelo reflexo-hierárquico, inicialmente os estudiosos supunham que o PC não havia progredido no desenvolvimento porque o nível superior do SNC não havia amadurecido para inibir o inferior, e assim permanecia atrasado ou parado em um nível mais inferior de funcionamento, por falta de controle inibitório vindo dos centros mais altos.

Em contrapartida, os Bobath propuseram a teoria do mecanismo reflexo normal e anormal; nela, o reflexo postural seria responsável por mudanças automáticas na atividade muscular. Além disso, a Sra. Bobath desenvolveu a técnica de manuseio através de pontos chaves para a inibição postural, sendo que tinham na aquisição do controle da cabeça um dos fatores do desenvolvimento físico e mental.

Por meio da sua observação clínica, a Sra Bobath compreendeu que o padrão de movimento anormal tinha de ser impedido/parado ou inibido para que um novo padrão pudesse ser facilitado ou desenvolvido. Ela enfatizou que seria

possível desenvolver mais padrão normal, mas que, primeiramente, seria necessário ordenar a estrutura músculo-esquelética e o tônus, fornecendo ao paciente, de imediato, o fundamental, para somente depois ativar o movimento em direção à função. Para isso, a terapeuta deveria ter conhecimento, plano e seqüência de tratamento lógico para fornecer o que o paciente precisava e, só depois, o padrão de movimento poderia ser facilitado.

Como resultado da sua cuidadosa observação e compreensão a respeito de movimento “voluntário”, a Sra Bobath descreveu que movimentos são precedidos pelas “modificações posturais”, e, durante cada movimento/habilidade funcional, a postura seria constantemente ajustada com mudanças automáticas na atividade muscular e no tônus.

Ela reportou que o ajustamento postural da criança com PC ocorria com movimento estereotipado e menos fluido que nas crianças normais. Notou, ainda, diferenças no tônus muscular, associadas com aqueles padrões de postura e de movimentos estereotipados, e então reconheceu que, por meio de técnica de manuseio específica, poderia mudar o tônus muscular e o padrão de movimento do paciente PC, ajudando-o a aprender novo padrão do movimento com o tônus muscular mais normal.

Para ilustrar o desenvolvimento motor normal e o atípico, os Bobath faziam descrições práticas e, assim, passavam seus ensinamentos. Por exemplo, quando o bebê tem cinco a seis semanas de idade e é colocado de barriga para baixo, ele levanta bem a cabeça, e daí em diante melhora o controle desta<sup>9</sup>; em torno dos seis meses, ele a levanta e olha em volta. Já adultos, quando estamos deitados de barriga para baixo e tentamos levantar, o que fazemos é levantar a cabeça e pôr os braços para baixo, a fim de nos puxarmos para cima. O controle da cabeça permite, então, que possamos mantê-la adequadamente alinhada com o pescoço e o corpo; podemos movê-la e girá-la livremente, e os olhos podem ver o espaço em volta ou um livro seguindo uma linha (Bobath, 1980).

---

<sup>9</sup> A idéia de que o controle contra a gravidade começa em prono não é mais aceita. Segundo a visão da Coordenação Motora mais atual, e as idéias de Quinton, como será descrito adiante, começa a partir do “enrolamento” em supino e pelo equilíbrio na ação entre os músculos flexores e os extensores.

Nessa perspectiva, no estudo do controle motor do bebê normal, o desenvolvimento do controle da cabeça constituía-se como a base para todos os movimentos e todas as atividades, fossem movimentos de equilíbrio automáticos ou voluntários. Ou seja, qualquer que seja o nosso movimento, ajustamos a posição da cabeça em direção à linha média (LM) do corpo. Os Bobath concluíram que, no bebê ou criança PC, não somente o controle da cabeça está atrasado e inadequado, mas também os padrões anormais do corpo provêm da cabeça, do pescoço e da coluna. O controle desses padrões anormais passou a ser, então, o foco do tratamento.

A ênfase no tratamento em bebês seria desenvolver o mecanismo postural reflexo normal, sendo que o elo seriam as reações de equilíbrio e endireitamento. À medida que fossem trabalhadas e o paciente as adquirisse, significava que estava inibindo os níveis inferiores.

### **Perspectivas de tratamento no conceito Bobath**

Baseados no ponto de vista maturacionista, descrito naquela época por Gessel e McGraw, e em suas observações clínicas, os Bobath ensinaram que entender o desenvolvimento do movimento fornece o meio para o reconhecimento de um padrão de referência para a função motora humana proficiente, tornando possível a identificação de diferenças individuais, tanto no que diz respeito aos desvios normais quanto atípicos do comportamento motor.

Como vimos, tanto a Dra. Elsbeth Köng quanto a fisioterapeuta Mary Quinton se detiveram em importantes reflexões sobre diferenças no desenvolvimento de movimentos típicos e atípicos e sobre como observar e tratar bebês por toda a primeira infância em suas aquisições sensório-motoras iniciais e antes do estabelecimento do movimento, da postura anormal e conseqüente função com compensação. A partir dessas reflexões, tiveram a oportunidade de comunicar suas descobertas aos Bobath, e à medida que esses pacientes eram direcionados a eles, tornou-se claro que usar marcos motores como um modelo de referência não era o bastante.

A soma das reflexões tão inovadoras desses quatro profissionais foi na direção de um tratamento capaz de manter o dinamismo que um bebê naturalmente apresenta em seus primeiros anos de vida. Ou seja, um bebê desenvolve muitas habilidades motoras diferentes simultaneamente, praticando uma grande variedade de combinações de padrões de movimento em diferentes posições contra a força da gravidade, eventualmente preferindo umas sobre as outras para executar tarefas motoras (K. Bobath & B. Bobath, 1984; Hadders-Algra, 2000). À medida que o bebê se torna mais ativo, essas habilidades motoras se tornam úteis em um número de atividades relacionadas e não apenas em um marco particular.

Assim, os Bobath defendiam a idéia de que a qualidade de postura e movimento deveria ser observada e descrita, buscando-se maneiras de compreender como o indivíduo realiza determinado movimento ou por que não o realiza, em vez de “aguardar” as mudanças de marcos motores. Com isso, tornou-se possível diferenciar o desenvolvimento normal do patológico exatamente durante as primeiras aquisições sensório-motoras, permitindo ao terapeuta intervir antes que padrões atípicos de coordenação se sedimentassem.

A Sra. Bobath não olhava os músculos isoladamente e usava os pontos chaves no manuseio da criança. Posteriormente Mary Quinton observou os padrões de desenvolvimento em bebês e contribuiu para a técnica de manuseio pela compreensão da ação muscular, especificidade que refletiu no manuseio, facilitando as habilidades funcionais.

Concentrando-se no comportamento progressivo de controle postural como um alicerce para o controle do movimento do corpo, dentro e pelo ambiente, e considerando que em circunstâncias normais os músculos trabalham de tal forma que somos capazes de manter o equilíbrio em todas as atividades, liberando o uso dos braços para muitas e variadas atividades e só raramente para a manutenção/apoio de nossas posturas, os Bobath voltaram sua atenção às reações (que suportam transições) e respostas de equilíbrio (que suportam alinhamento e equilíbrio), mostrando que este se desenvolve em todos nós, desde

muito cedo, o que significou uma contribuição crítica para o entendimento do movimento funcional em crianças e adultos.

Em contrapartida, se o bebê não apresenta um comportamento de controle progressivo do tronco, busca a estabilidade contra a gravidade fixando as partes proximais e, posteriormente, as mais distais. Isso, em parte, se dá pelo fato de o bebê apresentar deficiências sensoriais e motoras. Em consequência, não terá habilidade para organizar atividade muscular contra a gravidade e prover estabilidade quando houver mudança na localização do centro da massa corporal em relação à base de suporte - mudança do corpo no espaço em relação à base de suporte. Desta maneira, a reação de endireitamento e a resposta em equilíbrio, que permitem o desenvolvimento de habilidades para manter a postura e o movimento em várias posições contra a gravidade, impedindo o bebê de cair, se não se desenvolver, irá causar limitações funcionais. Naturalmente, se o bebê ou a criança não tem controle do tronco, não apresenta adequado controle da cabeça, nem da visão, nem da alimentação e da fala.

Atualmente, o aspecto da fixação/compensação em bebês e crianças com disfunção neuromotora é discutido pela teoria dos sistemas, especificamente por Bernstein (apud Bly 1991, p. 134), que abordou o tema descrevendo graus de liberdade de movimento.

### **Técnica de manuseio: perspectiva atual no tratamento neuroevolutivo**

A Sra Bobath começou a desenvolver a técnica de manuseio - facilitação dos movimentos pelos pontos chaves, inicialmente pela cabeça e transferência de peso - e a pesquisar, nas várias posturas, as que permitiam que as reações de endireitamento se desencadeassem. Essa técnica de manuseio foi básica para esse conceito de tratamento voltado para a entrada/aferência e para a saída/eferência na execução e percepção do movimento funcional. No manuseio, o estímulo sensorial (táctil e proprioceptivo) ativa os receptores e, então, pela sensação do corpo, de parte do corpo e/ou do movimento do corpo no espaço, o

bebê responde pelo motor saída/eferência com controle/modulação da postura e do movimento pela sensação durante a ação.

A Sra Bobath ressaltava que devíamos estar sensíveis às várias mudanças de tônus da criança sob as nossas mãos, para que pudéssemos ser movidos em direção à função ativamente por ela. Concluiu que a experiência sensorial e perceptiva exercia forte pressão na performance motora, que é a mudança no comportamento motor que vem de uma variedade de fatores temporários após a prática.

Hoje, tudo isso é muito bem desenvolvido na teoria da Aprendizagem Motora, que preconiza a necessidade de um armazenamento de memória, a partir das sensações dos movimentos/ações (feedback), até se chegar na possibilidade de uma antecipação do movimento (feedforward).

Os Bobath ensinaram que o “tratamento não deve seguir a seqüência de desenvolvimento descrita, independente da idade e condição física da criança. Em vez disso, deve ser decidido o que cada criança precisa com mais urgência em um determinado estágio ou idade, o que é absolutamente necessário para que execute futuras habilidades ou melhorar as habilidades que tem, mas executa incorretamente” (Bobath & Bobath, 1984, p. 11). Eles acreditavam que a seqüência de desenvolvimento era menos importante do que desenvolver os componentes para a função/habilidades adequadas à idade e os pré-requisitos para as funções/ atividades futuras.

Assim, na perspectiva atual do tratamento neuroevolutivo, o terapeuta pode facilitar o controle postural e a função, pela técnica de manuseio, fornecendo limite para os movimentos que não vão ao encontro das metas; inibindo ou contendo aqueles padrões motores que, se praticados, levam a deformidades, mais compensação, mais limitação funcional e menor participação na sociedade; facilitando o controle postural e sinergias de movimento que ampliam as opções do paciente para selecionar ações de sucesso e resultam em progresso funcional.

Assim, por exemplo, uma maneira para desenvolver controle do tronco (estabilidade, extensão e orientação) e do quadril para a posição vertical é tratar o bebê estando sentado com apoio e posteriormente em pé, mesmo antes que um



“marco” do desenvolvimento tenha se sedimentado. Entretanto, é igualmente importante, quando usa essa estratégia de tratamento, que o clínico tenha atenção ao alinhamento do paciente e à base de suporte que fornece apoio ao tronco, à pélvis e/ou ao pé, no decorrer da atividade funcional.

Atualmente o conceito neuroevolutivo apóia-se em terapias funcionais e considera o bebê um ativo participante no processo de resolução de seus problemas funcionais. A teoria do controle motor propõe que o terapeuta deve regular a mudança pela estruturação do ambiente para eliciar movimentos funcionais desejados, mas acrescenta que isso apenas não é suficiente. Assim, não compartilha da idéia de que o terapeuta não deve colocar a mão no bebê ou criança com problemas neuromotores, pois esses pacientes vão usar compensação, e a possibilidade de beneficiá-los em habilidades motoras e de maneira fluida seria associar estruturação do ambiente com a estruturação do movimento; para isso, o manuseio é usado para guiar o processo. O terapeuta coloca as mãos para possibilitar alinhamento biomecânico e ativar a ação de sinergias musculares. O manuseio também tem a sua aplicabilidade para facilitar posturas e movimentos durante a função e é uma parte natural de interação entre duas pessoas. Dessa maneira, obtemos a conservação da energia e o alcance do sucesso funcional.

Um bom exemplo de manuseio muito usado em bebê seria colocar as mãos no abdômen e no gradil costal para ativar essa musculatura e, em conseqüência, conseguir estabilidade na caixa torácica e um bom controle de cabeça. Essa mão no abdômen pode também estabilizar a cintura escapular. Assim, sinergias musculares são ativadas e trabalham porque o bebê está em atividade e foi atingido o alinhamento biomecânico para que use bem os braços e/ou possa iniciar a função de alimentação através da sucção e mantenha o bom controle da cabeça, pois a caixa torácica foi estabilizada com a ação dos músculos abdominais.

Também em relação aos bebês, a mãe deve ser encorajada a carregá-lo na posição sentada com apoio, virado de frente para o ambiente - ela passa um dos seus braços sob as axilas e, com uma mão, traz o braço à frente pelo seu

manuseio no ombro e/ou cotovelo, enquanto a outra mão posiciona e segura o quadril e/ou membros inferiores (MMII). Dessa maneira, pela base de suporte quadril/pélvis, ela fornece estabilidade ao tronco e o alinhamento biomecânico, e o bebê poderá ter a vivência de explorar o ambiente através da visão, olhando em torno e/ou tocando a si mesmo ou algo com as próprias mãos. Também deitado em um plano elevado (e isto pode ser no leito, sobre a perna, na coxa da mãe, ou sobre uma bola) terá o centro de gravidade deslocado e pode transferir o peso com estabilidade na cintura escapular para o controle da cabeça e posterior alcance e o manuseio do brinquedo com uma das mãos, enquanto a outra, junto com o antebraço, recebe o peso do corpo.

Esse mesmo raciocínio pode ser aplicado em relação ao desenvolvimento do controle da cabeça, que deve, no tratamento, ser facilitado em várias posições, partindo do entendimento e da análise dos componentes músculo-esqueléticos, neuromuscular e sistemas sensoriais envolvidos na aprendizagem do movimento e os componentes (alinhamento biomecânico, controle postural e sinergias motoras) do movimento funcional.

No tratamento, devemos então facilitar e entender o propósito da habilidade funcional pela interação e a coordenação de várias combinações de postura e de movimento, incluindo o sistema motor, e não apenas nos limitando a ele, bem como enfatizar o tratamento em várias posições ao mesmo tempo.

A reação de retificação/endireitamento, e que orienta a posição da cabeça no espaço e em relação ao corpo, envolveria segmentos do corpo, e a superfície de suporte, sendo uma adequação do corpo à entrada sensorial. Nos bebês, essa reação pode ser iniciada como uma resposta vinda do sistema visual, somato-sensorial (cutâneo, proprioceptivo e receptores das articulações) e sistema vestibular e do SNC na capacidade de interpretar a importância relativa ao estímulo vindo dos sistemas.

Um bom exemplo seria no RN, que, após algumas experiências de amamentação, apresenta a habilidade de fazer pequeno ajuste na posição da cabeça, combinada ao ajuste da posição da boca no seio materno em relação a sua cabeça/tronco para iniciar e manter a sucção no seio. As reações de

endireitamento evoluem para o equilíbrio e possibilitam a habilidade de manter a postura contra a gravidade em diferentes posições (em RN, a manter a cabeça alinhada com o tronco, sustentar e movimentar à medida que é manuseado e carregado contra a gravidade e que tem a possibilidade de responder ao estímulo com endireitamento, dentro da sua biomecânica).

Ajustamentos posturais ou reações de endireitamento são dependentes do contexto e da tarefa. As características da tarefa, bem como as mudanças que acontecem em outros sistemas do corpo, tal como nos sistemas neuromuscular, músculo-esquelético, cárdio-respiratório, digestivo, sensorial, regulatório, cognitivo/perceptivo, também influenciam o desenvolvimento motor e o controle do movimento na função. Naturalmente, o ambiente no qual o bebê está exposto exerce uma forte e sistemática influência no seu desenvolvimento e no comportamento de alimentação. Aqui, o ambiente é visto, somente, ainda que não seja pouco, na perspectiva do desenvolvimento sensório-motor funcional, não sendo objetivo considerar os elementos da constituição do psiquismo do bebê.

Aqui, o ambiente é compreendido como o contexto em que a ação irá acontecer ou relacionado às características críticas do elemento – no caso da alimentação, o seio e/ou mamadeira. Então, observa-se, por exemplo, se o colo da mãe fornece os elementos para a aprendizagem do mamar no seio ou na mamadeira. O resultado na aprendizagem é uma organização do movimento como uma solução individual, com alguma economia de esforço. O ambiente é tido como o meio que influencia a habilidade de processar informação e retenção para uma melhor performance funcional individual.

Desta maneira, o ambiente terapêutico estrutura experiências de aprendizagem motora para evocar resposta ativa do paciente durante as atividades funcionais em que são praticados controle postural, coordenação e força. Isso inclui a influência da própria interação física entre o terapeuta e seu paciente - o bebê - durante a sessão de tratamento.

Vimos, portanto, que o Tratamento Neuroevolutivo desenvolvido pelos Bobath conduz a um tônus postural normalizado e à melhora na qualidade e no controle do movimento, acompanhando o mais próximo a seqüência do

desenvolvimento normal. Isso foi alcançado usando a inibição do padrão reflexo anormal pela técnica de manuseio através dos pontos-chaves. A técnica de manuseio/sensorial (através do sistema sensorial- tátil, proprioceptivo, vestibular e visual) foi designada para eliciar ativamente movimentos automáticos da criança e desenvolver elementos do mecanismo reflexo postural normal. O comportamento motor funcional do paciente pode ser também modificado/especificado durante o movimento/atividade funcional pela aplicação da técnica de estimulação sensorial, especialmente por meio (do caminho) da aferência proprioceptiva e, portanto, não é necessário, a princípio, que a criança coopere pelo nível cognitivo.

Assim, os Bobath (apud Lunnen, 1999) declararam: “esse é o aspecto do tratamento que faz que seja um bom método para as crianças que tenham inteligência subnormal e não cooperativas”.

A técnica de manuseio é, pois, uma ferramenta essencial no tratamento e permite que o terapeuta sinta a mudança na postura, no movimento e na função. Esses são aspectos que viabilizaram e orientam o tratamento com bebês de alto risco em UTIPs.

E, embora não fizessem qualquer menção à constituição (psíquica) do sujeito na relação com seu primeiro cuidador - a mãe -, os Bobath montaram uma estratégia de tratamento que visava colocar os pais da criança em cena, embora, a meu ver, ainda de uma maneira muito “endereçada à funcionalidade”. Isso também ocorria com a maioria de seus seguidores, e continua até os dias de hoje; ou seja, o trabalho me parece eminentemente calcado na técnica e no desenvolvimento normal e anormal, sendo que a estratégia de tratamento pode, em casos extremos, mas não pouco freqüentes, colocar a mãe como mais uma profissional preocupada com o funcionamento do bebê, valorizando as questões neuromotoras, distanciando-se de suas possibilidades de constituir-se mãe, o que é fundamental tanto para ela como para seu bebê.

## O conceito Bobath na Fonoaudiologia

Na época em que a Sra. Bobath propôs uma nova maneira de atender os pacientes com PC, a Fonoaudiologia clínica que se dedica às disfunções neuromotoras tratava os problemas de alimentação, fala e linguagem quando as dificuldades já estavam instaladas.

Coube a Helen Mueller, fonoaudióloga suíça que trabalhou com o casal Bobath, inaugurar e desenvolver a estrutura do tratamento fonoaudiológico dentro desse conceito e viabilizar a intervenção em bebês. Contribuiu, dessa maneira, com a abordagem e os princípios da intervenção precoce fonoaudiológica, minimizando o impacto da lesão no desenvolvimento da função motora oral, na alimentação e na fala.

Miss Mueller ministrou aulas em muitas partes da Europa e dos Estados Unidos sobre pré-fala<sup>10</sup> e problemas associados à alimentação. Ocupou o posto de Consultora de Fonoaudiologia na Alemanha e na Áustria. Lecionou na Universidade de Zürich e Friborg e nas Clínicas de Crianças da Universidade em Berna, Munich, Innsbruck e Viena. Na década de 70, trabalhou por muitos anos com a fisioterapeuta Mary Quinton, no serviço de *follow-up* dos bebês de alto risco e em UTIP, com equipe multiprofissional.

Inicialmente, Miss Mueller ressaltou que, desde o nascimento e através dos primeiros anos de vida, a alimentação apresenta problemas para a maioria das crianças PC. Enfatizou a importância da maneira adequada de ministrar o alimento, pois via a alimentação como parte do desenvolvimento físico, emocional, social e da saúde dentária. Ou seja, “um bom padrão de alimentação era essencial para a futura fala” (Mueller, 1980, p.131), pois o mesmo aparato que serve à fala serve antes à alimentação e à respiração.

Então, para Mueller (op. cit.), a maneira de alimentar o bebê PC, isto é, facilitando a experiência sensório-motora normal, já estaria configurando,

---

<sup>10</sup> Terminologia usada por ela para delimitar o período e os estágios de desenvolvimento da fala, caracterizando-se por um processo organizado e que pressupõe integridade e nível de amadurecimento dos elementos que compõem a atividade.

organizando o aparato fonador e respiratório para a fala, pensada em seus aspectos motores.

Embora não explicita claramente, a autora parece fazer uma clara diferença entre alimentação e fala (em seus aspectos motores) e linguagem, como se aspectos lingüísticos fossem mais uma parte das tarefas de desenvolvimento e facilitada pela mãe no contato íntimo com o seu bebê. Nessa perspectiva, caberia a mãe ajudá-lo a construir “uma linguagem interna” e “essa sendo essencial para o desenvolvimento da futura fala” ( Muller, 1980, p. 163) . A mãe é tida aqui como o modelo para que o bebê integre a linguagem pela recepção e para que, depois, possa emití-la por meio da fala.

Originalmente fundamentada no neurodesenvolvimento normal, Miss Mueller fez as suas observações e a análise dos problemas na alimentação do bebê e da criança PC, buscando maneiras de compreender como reagem diante das suas limitações e também de que maneira a mãe solucionava os seus problemas. Com isso, pôde trazer uma enorme contribuição à área, descrevendo os desvios no comportamento de alimentação dessa população.

Buscando a resolução dos problemas neuromotores funcionais orais, Miss Mueller baseou-se nos princípios metodológicos do conceito Bobath e desenvolveu, em sua clínica, o tratamento específico oral, descrevendo a “terapia de alimentação”, que consiste no manuseio/posicionamento do bebê, preparo do alimento (consistência, sabor, densidade, temperatura), uso do seio e/ou dos utensílios na alimentação (mamadeira, colher, copo, garfo, bem como o uso das mãos na auto-alimentação).

Essas técnicas são conhecidas como: técnica de “tratamento digital” e do “controle motor oral”<sup>11</sup> em bebês e crianças maiores. A técnica do “controle oral” é

---

<sup>11</sup> Aqui no Brasil, as técnicas do “controle oral” e de “tratamento digital” eram conhecidas somente pela descrição na literatura. Somente a partir de 93 que as terapeutas com formação neste conceito tiveram a oportunidade de aprender corretamente a técnica com a fonoaudióloga instrutora-senior do TND Rina Van der Walter, que foi assistente de Miss Mueller e pôde, em reciclagens e cursos avançados em Fonoaudiologia, passar a estrutura da técnica, treino e aplicação. Depois, em 94, tivemos a oportunidade de conhecer Miss Mueller na Argentina, em um curso “Avançado” para fonoaudiólogas de reciclagem em Problemas de Alimentação e Técnicas de Manuseios; posteriormente, ela também esteve no Brasil com o mesmo curso de Buenos Aires. Foi nesse curso que algumas de nós, fonoaudiólogas Bobath, pudemos integrar as leituras feitas dos textos de Mueller no Brasil com sua visão mais atual e, ainda, com a visão mais atual do Método

feita através dos pontos chaves e tem como objetivo facilitar o controle motor oral, visando o adequado alinhamento biomecânico/ músculo-esquelético da articulação têmporo-mandibular e do complexo hióide. Quando usada durante a alimentação, a sua aplicabilidade é para inibir possíveis reflexos patológicos, facilitar a deglutição, propiciar alongamento do pescoço, ativar a sua flexão durante a deglutição, manter a mandíbula alinhada e graduar a quantidade e qualidade do movimento dos lábios, mandíbula e língua. A técnica de “tratamento digital” é usada para normalizar o tônus da face e dos componentes orais para a alimentação, adequar a sensibilidade da face e da região intra-oral (gengiva e língua), aumentar ou diminuir a mobilidade dos componentes da estrutura oral e facilitar o movimento durante a alimentação, organizando e facilitando a dissociação deles.

O tratamento conduz, assim, à especificação dos movimentos orais e ao adequado movimento da deglutição durante a alimentação, sendo que, à medida que o bebê e/ou criança melhora o seu controle interno motor oral (estabilidade/mobilidade), pode-se modular, no manuseio, a aplicação da técnica de tratamento oral, bem como a facilitação do controle motor global que será conduzido para a diminuição e/ou retirada<sup>12</sup>.

É importante destacar que Miss Mueller foi precursora no uso de adaptações nos utensílios (bico, colher, copo, canudo, escova, entre outros) para facilitar a resposta funcional oral, promovendo “*input*” - entrada sensorial oral -, o que incrementou a permanência de estabilidade por todo o corpo, principalmente no tronco e na pélvis.

---

Bobath. Aos poucos, essas mesmas profissionais foram integrando o conceito atual do Bobath pelas visões de Mueller, Van Der Walter e Bly em reciclagens diversas feitas a partir de 1993 em Belo Horizonte.

<sup>12</sup> Acredito ser importante sinalizar que, quando discorro somente sobre as questões específicas do desenvolvimento sensório-motor oral, estou pressupondo que o leitor sabe que está embutido nessa especificidade oral todo um controle e uma compreensão dos aspectos sensório-motores globais. Tem sido assim nas reciclagens Bobath específicas aos aspectos fonoaudiológicos - as instrutoras já partem do princípio de que cada fonoaudióloga será capaz de “organizar” globalmente seu paciente durante o curso, para que, a partir daí, possa trabalhar com os ensinamentos atualizados nas reciclagens.

Com as suas observações, Miss Mueller pôde descrever como a mãe e/ou cuidador poderia reforçar no bebê o seu padrão patológico, o seu desenvolvimento com compensações e como essa situação poderia ser tornar circular/viciosa, reforçando os desvios, a patologia, a permanência em um nível mais baixo de desenvolvimento do SNC. Formulou que, no tratamento, o padrão de movimento patológico oral deveria ser inibido, e o adequado movimento funcional facilitado, tendo como parâmetro o desenvolvimento sensório –motor oral normal.

Assim, “os estágios de desenvolvimento da alimentação de uma criança normal facilitam a comparação com os estágios numa criança PC”. Como exemplo, a autora cita que “durante os primeiros meses de vida o bebê toma o alimento pelo que é conhecido como reflexo de sucção-deglutição”. Porém, em muitas crianças PC ele é insuficiente para alimentação, o que pode representar uma real dificuldade para elas e suas mães: as primeiras porque podem ficar tensas, chorar ou ainda ficar sonolentas; enquanto as mães, que buscam a resolução da dificuldade, podem aumentar equivocadamente o furo do bico da mamadeira, inclinar a cabeça da criança para trás e deixar o líquido escorrer: “é uma alimentação passiva e, conquanto ela ajude o alimento a descer, geralmente causa engasgos e, seguramente, nada ajuda para desenvolver melhor funcionamento da boca” (Mueller, 1980, p.132) .

Mas como podemos ajudar essas crianças? Segundo Miss Mueller, pela observação cuidadosa e análise das incapacidades e habilidades que apresentam. Reforçava, então, a importância de se conhecer os maiores problemas para a alimentação do bebê e da criança PC, citando, entre outros: falta do controle oral, da cabeça e do tronco; falta de equilíbrio para sentar; inabilidade para flexionar o quadril, agarrar com as mãos e manter posição dos braços e, finalmente, inabilidade de levar as mãos à boca e falta de coordenação olho-mão. As aquisições, como o equilíbrio do tronco, a estabilidade interna e o controle da cabeça, seriam aspectos do controle motor global, porém, componentes básicos para a progressão nas aquisições das habilidades motoras funcionais orais. Nessa perspectiva, haveria, então, correlação entre o aspecto global e o funcional oral.



É, pois, essencial no tratamento o controle de “toda” a criança, sendo que a abordagem fonoaudiológica pela técnica do manuseio tem de dar conta dos aspectos que interferem no controle global da postura/movimento contra a gravidade, antes, no preparo para a alimentação e durante esta. “Só devemos esperar melhora nas habilidades de alimentação da criança se a tivermos ajudado a adquirir aptidões fundamentais que tornarão possível alimentar-se sozinha - e isso inclui a habilidade de mover a cabeça, a mandíbula, os lábios e a língua independentemente do corpo e da mão, tendo também um bom equilíbrio para sentar” (Mueller, 1980, p133).

A partir do raciocínio dessa profissional, podemos constatar na prática clínica fonoaudiológica que o desenvolvimento motor ocorre em duas direções - tanto do global para o oral, quanto do oral para o global. Isto porque, inicialmente, o controle motor global constitui a área de suporte para o processo de alimentação, base para a possibilidade de refinamento oral; e o motor oral (inclui a habilidade mão-boca) é a base para a possibilidade da integração do corpo como unidade funcional, neste primeiro momento quando bebê. Toda função é dependente das habilidades e as habilidades são apreendidas na função.

Miss Mueller reforça, ainda, a importância do contato íntimo entre os pais e o bebê ou criança PC (apesar de nunca ter falado nada a respeito da constituição subjetiva e, nem pretendeu falar disso, mas cabe-me pontuar) e orienta o uso dos princípios básicos do manuseio para facilitar o controle motor e a aproximação durante uma atividade lúdica, contato olho a olho e para que a criança possa usar outros sentidos para a fala e o desenvolvimento da sua linguagem.

Podemos supor que a autora contempla a qualidade da relação familiar com o bebê como facilitadora ou não do potencial de habilidades do desenvolvimento. Apesar de não se aprofundar no tema, sinaliza que compreende a linguagem como mais uma parte do desenvolvimento, relaciona a importância do ambiente familiar em termos de facilitador desse desenvolvimento, propiciando experiência positiva para as habilidades envolvidas na comunicação. Ressalta a importância do contato pessoal, dizendo que este não pode ser substituído pelo contato técnico. O bebê estaria primeiro armazenando conhecimento e, desta maneira,

inicialmente a sua compreensão da linguagem é bem maior que a sua capacidade de expressão verbal.

Como vimos, a concepção de fala de Mueller só contempla os aspectos sensório-motores, sendo que a linguagem é entendida como parte do desenvolvimento e não como uma aquisição ligada à constituição do sujeito e, portanto, indissociada da relação mãe/bebê.

## **2. BASES TEÓRICAS PARA O ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO EM UTIPs**

### **Estrutura teórica para a intervenção no neuropsicodesenvolvimento em UTIP**

A abordagem do Tratamento Neuroevolutivo, com predomínio da avaliação neurofisiológica e enfoque no estudo do desenvolvimento (do tônus, dos reflexos, da capacidade funcional e do comportamento de alimentação) intra-útero em RN pré-termo e no RN a termo, incluindo o desenvolvimento sensório-motor (típico e atípico) e a integração sensorial, serviu de modelo-guia para a implantação dos princípios e do método de intervenção e tratamento fonoaudiológico em UTIP, junto aos bebês de alto risco e seus familiares.

O tratamento se centra no fato de que o desenvolvimento sensório-motor é um processo individual único e, portanto, deve ir ao encontro das necessidades e dos problemas específicos de cada bebê. Als (1986), com sua teoria síncrono-ativa - modelo guia para a intervenção em bebês de risco (pré-termo e a termo) em UTIP, colaborou grandemente com esse aspecto.

### **Fundamentação da teoria síncrono-ativa**

Esse modelo orienta o entendimento da relação entre o comportamento de sucção e maturação neurocomportamental. Compreende que o RN normal a termo apresenta estabilidade fisiológica e uma interação harmoniosa entre os seus subsistemas, e isto é que permite uma interação estável com ele mesmo e com o meio. Tem ainda como filosofia o cuidado individualizado para o desenvolvimento neonatal e propõe um programa para sua aplicação clínica pela equipe de UTIP.

O modelo estruturado parte dos estudos feitos por numerosos pesquisadores sobre a capacidade funcional, a adaptação do recém-nascido e a interação mãe-bebê e de uma questão central definida, a homeostase, que caracteriza esse período do desenvolvimento, os primeiros três meses de vida.

## Homeostase

Ao bebê a termo normal é designada uma primeira tarefa, a homeostase (Lebovici,1983; Morris e Klein, 2000). Assim, o bebê adquire os mecanismos de regulação que lhe permitirão estabelecer seus ritmos de alimentação, de eliminar, de organizar os seus estados, de aprender os mecanismos que lhe permitem manter um estado isento de tensões, apesar das estimulações exteriores excessivas que o atingem ocasionalmente.

Etimologicamente, homeostase significa conservação do mesmo estado e então, para o organismo, significa o trabalho fisiológico basal que ele desenvolve, caracterizado por certas constantes: respiratórias, cardiovasculares, metabólicas, etc, para, assim, conservar o equilíbrio. O dicionário Aurélio define: estado de equilíbrio do organismo vivo em relação as suas várias funções e à composição química de seus vários fluidos e tecidos.

Para Brazelton (1980), a homeostase começa pelo domínio vegetativo, em segundo lugar pela regulação dos movimentos corporais e, em terceiro, pela regulação dos estados de vigiância. O bebê com maturidade deve desenvolver a sua capacidade de se acalmar e de se apaziguar por si mesmo, e de ser consolado pela sua mãe e/ou cuidador. Por fim, vem a capacidade de regular o seu nível de atenção para com as pessoas e objetos que o circundam.

Para Lebovici (1983, p. 99) “a homeostase é atingida graças a duas influências conjugadas e interativas, as capacidades homeostáticas intrínsecas do bebê e a ajuda e a organização conferidas pela mãe”.

O bebê teria a capacidade de tender ao estado de equilíbrio/homeostase. Usa para isso de estratégias de auto-regulação que podem ser, por exemplo: levar os dedos à boca; pôr-se a sugar sem ter nada na boca; mudar de posição com movimentos suaves e trazer os membros (braços e pernas) em direção à linha média, fixar o olhar e/ou a audição. Estando alerta durante a amamentação e no processo, o interesse e atenção do bebê pelos objetos e pelas pessoas vai crescendo e ele pode, espontaneamente, se auto-consolar/apaziguar.

Os pais fornecem a sua contribuição, pois cabe a eles interpretar as necessidades do seu bebê e atendê-las, facilitando que atinja e restabeleça o estado de equilíbrio/homeostase, sendo esse o caminho para que regule os seus estados (Morris e Klein, 2000). Já podemos notar as primeiras aproximações formais entre os problemas do desenvolvimento e a relação mãe/bebê do ponto de vista da constituição. De fato, é importante ressaltar a possibilidade de uma mãe interpretar as necessidades do seu bebê, já que ela tem que estar numa sintonia com ele para poder, além de interpretar suas necessidades, supri-las.

Segundo Brazelton (1987 p. 30 ), a capacidade de empregar o estado de vigiância reflete o potencial de organização do bebê.

Por exemplo, a mãe pode prolongar o estado calmo e atento do bebê, pelo prazer que encontra em contemplar a face deste. O envolvimento da mãe é visto no manuseio, ao modular o seu colo e as suas mãos para fornecer um bom suporte ao corpo do bebê enquanto cuida dele. Da parte do bebê, ele pode responder a esses cuidados maternos de acordo com os padrões de seus estados de consciência (sono-vigília), demonstrando auto-organização na sua capacidade de se tranquilizar, manter-se alerta e expor-se a mais estimulação/contato. Especificamente com relação à alimentação, a mãe vai estar envolvida em adaptar-se ao estilo de alimentação e a combinar as necessidades do seu bebê<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Gostaria de ressaltar que esses autores, embora não estivessem abordando, necessariamente, os bebês com transtornos neuro-motores, já começavam a se referir à mãe que está em condições de ter uma sincronia com seu bebê e, portanto, podendo dele cuidar, atendendo suas necessidades.

## **Teoria Síncrono-ativa de Als (1986)**

E no caso dos bebês pré-termo em UTIP, fisiologicamente instáveis, como poderiam atingir o desenvolvimento funcional, um nível de atenção e uma interação sincrônica com a sua mãe?

- **Princípios**

Os caminhos são delineados para observar e compreender o desenvolvimento individual funcional do bebê.

As capacidades do sistema autônomo, motor, organização dos estados, atenção e interação e regulador do neonato são observados a olho nu, via comportamento, podendo identificar onde se encontra o limiar do bebê em relação ao estresse.

Os subsistemas identificados independentemente desenvolvem-se seqüencialmente e são interdependentes. Conseqüentemente, o comportamento em um subsistema causa impacto no desenvolvimento dos outros. Então, a instabilidade em um subsistema, como no autônomo/fisiológico, por exemplo, quando está lutando para manter a homeostase no sistema cárdio-respiratório, afeta a possibilidade de o bebê usufruir o estado de alerta calmo, de sugar, de fazer mudança postural. Deste modo, a falta de estabilidade no sistema fisiológico, que é o primeiro a aparecer, interfere na emergência e no desenvolvimento dos outros sistemas (comportamento motor, organização dos estados e dos comportamentos de atenção/interação).

O outro princípio citado é que o bebê esforça-se para conservar o equilíbrio entre os subsistemas por intermédio do comportamento de aproximação/engajamento social ou retraimento/estresse em resposta ao estímulo.

Entremeado com o comportamento do bebê, os vários estados de vigilância, que dentro do repertório do bebê comunica a sua disponibilidade para

interagir com o meio, ou volta-se para si mesmo ou se encontra em um estado de passagem variável (Lebovici, 1983 p.95).

O aumento da capacidade de auto-regulação e de auto-diferenciação entre os cinco subsistemas apresentados pode ser identificado pelas estratégias usadas na auto-regulação e pela evolução do comportamento do bebê nos cinco sistemas. Naturalmente, o comportamento de estabilidade e de adaptação seria observado quando o bebê vai bem. Um bom momento para observarmos isso seria na alimentação – entretanto se o bebê apresenta sinais de estresse ou recusa o alimento pode ser presumida uma disfunção em algum componente de alimentação.

- **O sistema regulatório**

Quanto ao sistema regulatório, podemos dizer que, hierarquicamente, ele é o topo, sendo que o uso dele consiste das estratégias do sistema fisiológico, do motor, dos estados e do comportamento usadas pelo neonato para manter e/ou retornar o equilíbrio dentro dos sistemas; permite assim um sincronismo entre os subsistemas; também pode envolver o tipo e a quantidade de facilitação que o bebê necessita receber do meio.

Podemos perguntar: se o neonato não é capaz de usar o sistema regulatório, o que podemos fazer? Ele precisa ser observado, e o meio ambiente deve fornecer condições para ajudá-lo a retornar ao equilíbrio. Mas como organizar o ambiente para que ele se organize? Isso pode ser feito pelo posicionamento, controlando-se a luminosidade e os sons excessivos, experiência de sucção, interação sensorial prazerosa e organizadora - todos os aspectos conduzem a uma atenção e a cuidados individualizados, o que promove um profundo relacionamento entre o cuidador e o bebê (incluindo-se os pais).

Als (1986) e outros autores documentaram o comportamento do bebê e puderam descrever sinais indicadores de estresse ou estabilidade. Terapeutas do Tratamento Neuroevolutivo têm sido hábeis para reconhecer esses sinais e modificar o tratamento em resposta a eles. As publicações na área e o Programa

de Avaliação e Cuidados Individualizados para o Desenvolvimento do Neonato (Als, 1984) orientam que os pais, encorajados pela equipe de UTIP, devem poder reconhecer as apropriadas respostas dos bebês. Desta maneira, sensibilizados, podem identificar a real disponibilidade de “energia” do bebê para o procedimento de acordo com o seu funcionamento homeostático.

A equipe busca alcançar, assim, os objetivos do programa, que são: minimizar o estresse, otimizar o desenvolvimento e melhorar a relação pais-bebê.

Esses estudos contribuíram para demonstrar as capacidades e competências do recém-nascido mesmo quando em UTPs e se tornam parâmetros para promoção de uma melhor qualidade de vida deste junto a sua família. Conduzem a prática clínica pela compreensão da dinâmica relação entre o cuidador e o bebê (já que estão em ambiente de UTIP- a equipe e a família) e, pelo comportamento deste, as suas necessidades são evidenciadas.

Nesta perspectiva, o enfoque está na sintonia entre o bebê e seu cuidador e em facilitar que a mãe possa a ele se vincular e dele cuidar, de maneira que o bebê atinja a homeostase e estabeleça ritmos regulares de alimentação, de sono/vigília, demonstre a capacidade de auto-regulação, de ser consolado e de interação social. Como se verá a seguir, nesse período precoce, essas primeiras experiências são muito importantes, pois, a partir delas, o bebê “desenvolverá a córtex límbica órbito-frontal direita, sede da expressão e da regulação da emoção” (Cunha, 2002, p. 382).

### **O poder das experiências precoces e o papel das emoções no neurodesenvolvimento**

Para nós, fonoaudiólogos que atuamos na clínica dos bebês, os estudos das bases biológicas e neurocientíficas são fundamentais para compreendermos de que maneira os dados clínicos com que lidamos se inter-relacionam na situação precoce da vida do bebê e na vida fetal e se manifestam como expressão orgânica e psíquica.



Os neurocientistas têm demonstrado em seus estudos recentes que a experiência inicial e as condições ambientais influenciam o desenvolvimento e o crescimento do cérebro. Esses profissionais salientam que “a interação com o ambiente não é, simplesmente, uma característica interessante no desenvolvimento cerebral; é um requisito absoluto. É construído no processo de desenvolvimento, começando na concepção” (Shore R, 2000, p. 48).

Busnel (2003), psicóloga-psicanalista, em suas investigações científicas tem apontado como essas experiências sensoriais e emocionais ficam registradas sob forma de memória no feto, ou no bebê, permanecendo por toda a vida.

Cunha (2004, p.104), pediatra especializada em neonatologia, afirma que “tanto os bebês prematuros ou nascidos doentes, acompanhados em consultório, obrigam os profissionais a prestar mais atenção às primeiras experiências como um dos fatores determinantes de distúrbios no comportamento”.

A autora relata suas inquietações relativas às questões vinculares vivenciadas, em ambiente de UTIN, pelas mães e seus bebês e sobre o desenvolvimento pregresso destes. Em seus estudos, buscou aprofundar a compreensão dos prematuros *organicamente intactos*, visto que estes, segundo as análises estatísticas e os dados da bibliografia, apresentam uma série de desvios no desenvolvimento neuro sensorial e psico-afetivo, tais como dificuldades específicas de aprendizagem, hiperatividade, problemas na compreensão da linguagem, baixo limiar de fadigabilidade, vulnerabilidade emocional e física, pouca capacidade de auto-regulação, baixa auto-estima, limitação no desempenho escolar, rigidez emocional, maior incidência de uso de drogas e gestações precoces, entre outras dificuldades.

Nessa perspectiva, a autora trouxe enorme contribuição, pois seus estudos relatam o que os neurocientistas descobriram a respeito do cérebro, sendo que, à luz desses novos conhecimentos, podemos repensar a prática clínica em UTIN.

Outros estudos também procuram entender como o que ocorre na estrutura diádica vincular mãe/bebê age na “montagem” ou “circuito” e na organização da complexa rede do cérebro, inclusive já considerando um

psiquismo pré-natal. Sendo assim, é fundamental considerar a influência do meio no cérebro humano totalmente imaturo, em que as estruturas ainda estão se formando.

Afinal, o cérebro é o único órgão do corpo que se auto-esculpe a partir das experiências, as quais, através das sinapses, vão ficando como memória dentro do cérebro e, também, vão produzindo outras. Nessa medida, as primeiras experiências do bebê são muito importantes, pois vão servir de base para categorizar outras.

De fato, segundo Cunha (2002, p.371), “o cérebro se desenvolve por etapas hierarquizadas, as primeiras servem de ‘degrau’ para a aquisição de outras mais sofisticadas”; sendo assim, cada etapa é uma preparação para a outra.

O período que vai do nascimento até os três meses de vida é considerado crítico para o desenvolvimento cerebral. É nele que ocorre o estabelecimento da homeostase e também de conquistas cognitivas. A mãe deve poder identificar as necessidades do seu bebê e facilitar a sua adaptação na vida extra-útero, pois os comportamentos que se estabelecem nessas primeiras interações são os que se fixam na mente. Assim, a experiência adequada vivida pelo bebê é o que estimula a maturidade de um local específico do córtex, e o que se vê é a habilidade de auto-regulação do feto, sendo que “isso vai propiciar existir um tipo de consciência que só o ser humano tem – é a consciência do *self*” (Soussumi, 2003, p.52), ou de si mesmo e, com isso, a manifestação de qualidades eminentemente humanas, tais como a simbolização, a linguagem e a palavra.

Segundo Ferraz (2003, p.23), “no campo da neurociência, trabalhos demonstram que uma ligação forte e segura com os pais parece ter uma função biológica protetora, ficando a criança resguardada dos efeitos adversos do estresse”.

Isso ocorre porque algumas crianças parecem suportar o estresse melhor do que outras, bem como minimizar seus efeitos, mesmo quando o nível de cortisol se apresenta elevado na saliva (Shore R, 2000).

A tarefa essencial do primeiro ano de vida humana é, pois, a criação de uma ligação emocional segura, com o estabelecimento de uma comunicação entre

o bebê e o seu cuidador/mãe. Para tanto, a mãe tem de estar atenta às necessidades do bebê, isto é, estar disponível para corresponder à sua dinâmica, estando sensível aos seus estados e às respostas autonômicas surgidas.

Segundo Shore A (2002, p.10): "A ligação na relação é mediada na díade/unidade pela regulação da emoção, na qual a mãe no pós-natal co-regula o desenvolvimento do sistema nervoso autônomo do bebê. Também conhecido como sistema nervoso vegetativo, do latim, *vegetare*, animar e trazer à vida". A relação da mãe com o bebê e deste com ela é, pois, sensorial, sendo que existem sinais que mostram isso.

A experiência de ligação segura influencia diretamente na maturação pós-natal, tanto do sistema nervoso central (SNC) como do sistema límbico, que processa e regula o emocional-social, e também do sistema nervoso autônomo (SNA), que gera aspectos somáticos da emoção.

Ambos - SNC e SNA - continuam o desenvolvimento no período pós natal, sendo que a reunião deles no circuito límbico-autonômico é diretamente influenciada pela relação de ligação. Deste modo, no desenvolvimento do bebê, a capacidade de internalizar a regulação se dá na relação com a mãe.

De fato, Bowlby (1978, apud Shore A, 2002, p.11) já havia sugerido que a mãe dá forma ao estresse do bebê.

Recentemente, Shore A (2002) publicou um artigo de revisão bibliográfica que tem como tema central a desordem causada pelo estresse pós-traumático. Segundo o autor, os traumas que ocorreram no momento precoce da vida vão repercutir no padrão maturacional do circuito neural do sistema de estresse do bebê. Os estudos complementares indicam que o estresse pré ou pós-natal tem um impacto negativo na saúde mental futura, especialmente quando os cuidados maternos estão ausentes.

Tal trabalho é derivado da união de teorias que têm interesse não só na etiologia do desenvolvimento normal, mas do anormal também. Na aplicação dessa teoria, se dá a compreensão da ligação entre estresse e psicopatologias.

Bowlby (1978, apud Shore A, 2002, p.4) propõe que, no campo da etiologia e psicopatologia, da teoria da ligação/*attachment*, o estresse pré ou pós-

natal pode ser usado para delimitar as hipóteses que relatam diferentes experiências para diferentes formas de desordens psiquiátricas e, também, possivelmente, para mudanças neuropsicológicas que as acompanham.

Quando adultos, esses indivíduos que passaram por estresse nos vínculos precoces apresentam comportamento violento e se colocam em situação de tensão. Nessa perspectiva, evidências das alterações estruturais que ocorrem no cérebro já podem ser visualizadas por imagem, demonstrando que esses indivíduos têm uma atividade no lóbulo pré-frontal extremamente empobrecida (Soussumi, 2003; Shore A, 2002).

Também já existem estudos comprovando que experiências de ligação/*attachment* - afeto, união, vínculo - nos primeiros dois anos de vida influenciam diretamente a experiência da maturação do hemisfério direito, que tem como papel essencial a resposta humana ao estresse. A concepção neuropsicobiológica desse trauma induzido no hemisfério direito resulta em uma diminuição da sensibilidade para lidar com os efeitos dos estresses na vida e uma vulnerabilidade individual relacionada a desordens psiquiátricas. Essa desregulação afetiva é vista como o mecanismo fundamental das desordens psiquiátricas (Shore A, 2002).

Nessa medida, considera-se, hoje, que as experiências traumatizantes com o cuidador têm impacto negativo na modulação/ regulação de estratégias para controle do estresse e na percepção do *self*- do eu: “Embora esse trauma severo tenha sua origem na interpessoalidade, não se pode desconsiderar os fatores genéticos, constitucionais, sociais e, também, a resistência individual” (DeBellis e cols. apud Shore A, 2002, p.5).

De qualquer forma, é possível concluir que se o estresse vivido pelo recém-nascido for prolongado, crônico, associado a um longo período com padrão de reações autonômicas é expressado por “uma mudança estrutural neuronal, envolvendo atrofia que tem o poder de levar a um permanente prejuízo, incluindo perda neuronal” (McEwen apud Shore A, 2002, p.5).

Uma história do estresse relacional precoce é especificamente impressa no cérebro direito, que é dominante para a autobiografia e para a memória pessoal.

Considerando que este trabalho aborda prematuros que, pela própria condição da UTIP, são precocemente separados de suas mães, que ficam então impossibilitadas de “recebê-los com o corpo”, é fundamental pensarmos em maneiras eficazes de cuidar do vínculo mãe-bebê. Como se verá no capítulo dedicado a Winnicott, de fato, o autor já chamava a atenção para a íntima relação entre os cuidados da mãe e a saúde mental da criança.

### **3. BEBÊS DE ALTO RISCO, PROBLEMAS DE ALIMENTAÇÃO E O TRATAMENTO FONOAUDIOLÓGICO NA UTIP**

A problematização de questões relacionadas com o desenvolvimento dos bebês de alto risco e com o ambiente de UTIPs, bem como a identificação e descrição dos fatores que determinam risco para desvios no comportamento neurosensório psicomotor e para o estabelecimento da função oral/alimentação conduziram à implantação de rotinas e à aplicação de protocolos de conduta de tratamento que são elaborados e estruturados a partir da compreensão dos aspectos específicos que envolvem essa prática clínica. Nessa perspectiva, são priorizadas a detecção e conduta terapêutica para minimizar e/ou prevenir limitações funcionais que emergem como compensações dos movimentos funcionais iniciados desorganizadamente (Sheahan e Brockway, 1994).

O atendimento em ambiente hospitalar requer que o fonoaudiólogo tenha uma boa compreensão do neonato de alto risco e dos problemas médicos que envolvem sua patologia. A habilidade para avaliar minuciosamente a condição fisiológica e interpretar o comportamento é crucial para o sucesso na implementação de intervenções para o desenvolvimento sensório-motor e da função alimentação.

Para apresentar essa abordagem de tratamento fonoaudiológico global em bebê pré-termo com problemas de alimentação, penso ser fundamental descrever e caracterizar alguns aspectos estruturais que exercem profunda influência nesse período inicial e que compõem a funcionalidade oral típica desse paciente. Para tal, é necessário conhecer a estrutura teórica que nos fornece informações relevantes da anatomia e fisiologia para a alimentação, a capacidade funcional do RN a termo normal nos vários sistemas que participam dessa função e o impacto do nascimento pré-termo nesses vários sistemas e nos componentes do mecanismo sucção, deglutição, respiração.

## **Comportamento oral intra-útero**

É importante conhecermos as características do comportamento oral intra-útero para que possamos identificá-las, compreendê-las e compará-las com as características do bebê pré-termo.

O bebê a termo pôde permanecer no útero por nove meses. Durante o último trimestre ele cresceu, aumentou de tamanho e peso, adquiriu mais e mais flexão, desenvolveu o tônus flexor por todo corpo. Essa “apertada” hospedagem, como diz Morris e Klein (1987), lhe dá oportunidade de praticar movimentos de levar a mão à face e à boca. O bebê foi obrigado a adaptar-se à anatomia da mãe e enrolar-se nesse espaço, crescendo mais e mais até o dia do seu nascimento. Nas últimas semanas, é capaz de ingerir 500ml de líquido amniótico, como relatado por Diamant (1985). O bebê a termo teve tempo suficiente para desenvolver o tecido adiposo nas bochechas, e os reflexos de procura, sucção e deglutição estão maduros para a entrada eficiente de líquido e ganho de peso.

De acordo com diversos estudos sobre o desenvolvimento da resposta oral intra-útero (Humphrey, 1964; Dagarssies, 1966; Hack, Estabrook, Robertson, 1985; Burns et al, 1987; Sheahan, Brockway, 1994), por volta de treze semanas de Idade Gestacional (IG) observa-se no feto ação de deglutição; com dezessete semanas, o reflexo de sucção e a deglutição; com vinte e quatro semanas, o sistema gastro-intestinal está adquirindo motilidade; com vinte e oito semanas, a procura, sucção e deglutição estão estabilizadas, mas a resposta é lenta e imperfeita; com trinta e duas semanas, o reflexo de vômito está presente e é um mecanismo protetor da alimentação; com trinta e quatro semanas de IG, é possível a coordenação da sucção, deglutição e respiração, ainda que de forma imatura.

## O recém-nascido a termo e o seu desenvolvimento natural

O bebê normal nascido a termo apresenta características que o predispõem a uma alimentação oral eficiente. Quando olhamos esse bebê nos braços de sua mãe, sugando o seio, podemos observar um encaixe perfeito em seu próprio corpo e também de seu corpo e de sua boca no seio materno. O tronco dele é simétrico e estável, os membros (braços e pernas) estão flexionados e em direção à linha média, a cabeça próxima da cintura escapular.

Sendo assim, existe a possibilidade desse bebê organizar seu próprio corpo globalmente, para, a partir dessa organização, direcionar a força de sua boca e obter o alimento, bem como garantir a passagem do fluxo de ar necessário à sua oxigenação. Isso ocorre devido ao tônus flexor, desenvolvido por todo o seu corpo. Podemos dizer que, nos primórdios da vida, a sucção é uma função flexora.

Ainda durante a alimentação, podemos observar que esse bebê tem condições de usar o estado de alerta, acordado com inatividade (Brazelton e Cramer, 1992) - seu olhar tem aparência brilhante; sua atenção está focada no estímulo (visual, auditivo), no caso o seio; sua movimentação é lenta e arredondada; sua respiração é regular e tranqüila. Além disso, não transmite sinal de estresse visceral durante a função de alimentação e apresenta sincronia entre a sucção, a deglutição e a respiração (SSDR). Para retirar o alimento do seio, os lábios selam em volta da aréola, sugam o bico para dentro da boca e a língua forma um canal central. O bico e a aréola são mantidos dentro da boca. O leite é retirado do seio através de diferentes pressões, a positiva e a negativa, como um sistema de bombeamento. Pode, inclusive, adequar a boca para impor variação nas diferentes pressões e melhor controlar a velocidade do fluxo de leite.

Esse bebê apresenta, pois, os requisitos para uma sucção eficiente, que se caracteriza como um processo altamente complexo que inclui integração com a pessoa que alimenta, estado de alerta, sinal de fome e cognição. Pressupõe que a criança tenha *back ground* para desenvolver essa tarefa, o



que significa que alcançou maturidade fisiológica, do neurodesenvolvimento e tem integridade do Sistema Nervoso Central (SNC).

A sucção eficiente é, portanto, a resultante de vários fatores integrados e interligados no SNC, sendo a resposta final de uma condição física e também de vários aspectos relacionais. Por isso é considerada um comportamento<sup>14</sup>; ou seja, vários sistemas participam dessa tarefa, pressupondo-se uma inter-relação e interdependência entre eles e seus subsistemas.

Esses sistemas seriam: o fisiológico, o motor, o das habilidades organizacionais e o dos atributos dos pais. Através deles, podemos identificar quando algo não vai bem na tarefa de alimentação, que pode se tornar então um exercício excessivo, árduo, podendo gerar uma sobrecarga nos sistemas, que irá aparecer no corpo do bebê com sinais físicos de estresse.

Esses sinais são mais significativos e representam risco de vida quando emitidos no sistema cárdio-respiratório. Nesse caso, entre outros, podemos citar como sinais de estresse a apnéia, a cianose, a palidez e a bradicardia. No sistema motor, os sinais de estresse seriam o abaixamento do tônus e o fazer caretas. No sistema das habilidades organizacionais, a sonolência e a irritabilidade. Já no sistema familiar, podemos citar as dificuldades da mãe em desenvolver um bom diálogo tônico com o bebê durante a alimentação e o impasse da mãe com a equipe<sup>15</sup>.

Neste ponto, cabe ressaltar que o sistema familiar descrito por Wolf e Glas (1992) é coerente com a idéia que introduz ao seu trabalho, mas não leva em conta e com o devido destaque a importância da relação mãe/bebê para a constituição biológica e psíquica do bebê, tal como foi estudado por Winnicott (1999).

---

<sup>14</sup> Aceita-se comumente na área a idéia de que a sucção é uma resposta puramente reflexa oral. Ao contrário, o conceito comportamento de sucção determina que a alimentação, através da sucção no seio ou na mamadeira, é influenciada por vários fatores, não sendo somente um ato puramente reflexo, o que conduz naturalmente para a problematização das dificuldades alimentares. Sugerir não é uma atividade simples, sendo que, como Wolf e Glass (1992) sugeriram, a avaliação da função alimentação envolve multissistemas em função de sua complexidade.

<sup>15</sup> Relação antagônica com algum membro da equipe como uma transferência de sua impossibilidade de amamentar e ou por insatisfatória interação sensorial mãe/bebê.

## **O impacto do nascimento pré-termo: o bebê de risco, o ambiente de UTIP e o tratamento global fonoaudiológico**

O tratamento do recém-nascido de alto risco<sup>16</sup> em uma UTIP sempre envolve um instrumental mecânico que fornece o suporte para manter as condições básicas de vida fora do útero materno, visando compensar a imaturidade orgânica e colaborar no tratamento das possíveis patologias dela decorrentes. O bebê vai então estar ligado a máquinas, fios, sondas e monitores que informam também os parâmetros das suas funções autonômicas (cárdio-respiratórias, hemodinâmicas e nutricionais).

Diante disso, é imprescindível uma atuação interdisciplinar, para que se possa garantir a efetividade do acompanhamento desses bebês, já que eles necessitam cuidado de vários profissionais, senão ao mesmo tempo, com a mesma urgência. É necessário servir-se de uma estrutura de trabalho flexível, mas que sistematicamente busque maneiras de compreender e determinar a(s) causa(s) do(s) problemas de alimentação, pois, como preconizado por Wolf e Glass (1992, p.159), se o “problema de alimentação for bem definido, a causa específica pode ser determinada e o tratamento mais efetivo”.

É nesse contexto dinâmico que o fazer fonoaudiológico hospitalar se insere, particularmente no que se refere aos cuidados necessários para que o bebê desmame da sonda e evolua para alimentação por via oral, procurando, na medida do possível, privilegiar a amamentação.

A partir do momento em que o fonoaudiólogo consegue garantir a rotina do serviço junto aos bebês que necessitam somente dos cuidados básicos da equipe, pode passar a se ocupar do tratamento daqueles mais comprometidos dentro das UTIPs e que necessitam de cuidados mais específicos e de manuseios mais especializados, visando garantir uma evolução efetiva na

---

<sup>16</sup> Os recém-nascidos de alto risco são bebês que, pela condição da gestação ou do parto, correram risco de vida nas primeiras horas ou dias de vida, necessitando então de cuidado especializado, assistido e intensivo em UTIP. Apresentam um quadro clínico que os coloca em situação de risco de perda da vida, de desvios no desenvolvimento e principalmente, de riscos relacionados à constituição psíquica.

sincronia sucção/deglutição/respiração (SSDR) bem como uma assistência individualizada ao par mãe/bebê.

A população atendida numa UTIP, em sua maioria, é constituída pelos seguintes recém-nascidos: pré-termos<sup>17</sup> submetidos à ventilação mecânica por muito tempo e que desenvolvem dependência de O<sub>2</sub>, dentro de um quadro clínico de Displasia Bronco Pulmonar(DBP); pré-termos com Refluxo Gastro-Esofágico (RGE) e também por aqueles que apresentam incoordenação de SSDR. Esses são os sintomas mais comuns e que repercutem na alimentação, sendo, portanto deles que o fonoaudiólogo se ocupa.

Esses bebês apresentam uma fragilidade no sistema cárdio-respiratório, com risco de presença de apnéias, taqui ou bradipnéia, cianose, taqui ou bradicardia. Essas intercorrências podem acontecer durante e/ou após a alimentação por sonda e/ou via oral.

Partindo desse ponto de vista, o da respiração, é necessário considerar as fragilidades que o RN pré-termo possui (ainda comumente omitidas na área), e que repercutem na dinâmica desse sistema e, conseqüentemente, na adequada alimentação, como por exemplo uma inabilidade para fazer a eliminação dos gases, arrotar, evacuar, produzir o esvaziamento gástrico e manter a estabilidade da passagem aérea devido ao insuficiente controle crânio-cervical, podendo gerar uma sobrecarga e repercutir na dinâmica respiratória e na oxigenação tecidual, verificada por meio de queda da saturação e alteração da qualidade respiratória.

Nessa medida, muitas das intervenções fonoaudiológicas visam melhorar a qualidade respiratória desses pacientes e também garantir o processo em desenvolvimento da adequada relação crânio-sacral e crânio-cervical bem como do controle motor contra gravidade. Isto ocorre, em parte, devido à conexão existente entre as áreas de suporte/alicerce da alimentação e da respiração, que fornece estabilidade mecânica (controle neuromotor) para essas funções e a inter-relação com “uma condição anatomicamente

---

<sup>17</sup> São considerados bebês pré-termos os que nascem com até 37 semanas e seis dias de Idade Gestacional, calculados a partir da data da última menstruação.

significante e que muitas vezes é subestimada, qual seja, o elo entre as estruturas e as funções da sucção/deglutição/respiração em todos os estágios do desenvolvimento e o osso hióide” (Oetter, Richter e Frick, 1995, p. 6).

O osso hióide é considerado crucial para uma adequada deglutição. No RN a termo normal, ele se encontra numa posição neutra e caracteriza-se por ser um osso livre, isto é, não se articula com nenhum outro osso, sendo sustentado no espaço pelos ligamentos musculares vindos de outras partes que o transformam, dessa maneira, numa plataforma com os músculos supra-hióides e infra-hióides. O estágio de desenvolvimento dessa estrutura é um componente importante na SDR (Wolf and Glass, 1992; Oetter, Richter e Frick, 1995; Morris e Klein, 2000).

Músculos vindos da mandíbula, da língua, do osso temporal, da coluna cervical, da cartilagem laringe, do osso externo e da escápula se inserem no osso hióide. Essa conexão estrutural é a base para influência recíproca entre a sucção, a deglutição e a respiração, com a postura da cabeça e do pescoço. Sendo assim, “não é surpresa portanto, que os padrões de estabilidade/mobilidade tem um significativo papel na expressão suave da sincronia SDR” (Oetter, Richter e Frick, 1995, p. 35).

No tratamento, o fonoaudiólogo deve adotar primeiramente procedimentos de manuseios mais globais (organização da postura global, gradativamente dando ênfase ao manuseio que ativa a musculatura do tronco e as reações de retificações e que facilita a dinâmica respiratória e o funcionamento gastrointestinal) com esse bebê antes de tocar a sua boca. É, pois, fundamental percorrer um percurso bastante complexo, com procedimentos e manuseios muito específicos no atendimento desses bebês, antes mesmo que sejam alimentados por via oral (VO), para que se garanta uma evolução efetiva na alimentação por sucção até que possam ser amamentados por suas mães.

No que se refere a essa transição da alimentação de sonda gástrica para via oral em bebês prematuros em fase de hospitalização, em sua pesquisa,

Soares (2002)<sup>18</sup> ressalta a importância de se considerar aspectos da organização global do pequeno paciente e do neuro comportamento.

A autora buscou estabelecer critérios e etapas a partir dos dados individuais obtidos através da utilização da Escala de Avaliação Motora Oral, que envolve a análise dos vários sistemas, das habilidades e dos componentes da alimentação através da sucção, tarefa considerada multidimensional.

O programa terapêutico desenvolvido pela autora bem como os resultados obtidos em seu estudo reforçam a importância de se estabelecer critérios atuais, baseados nos comportamentos individuais de cada bebê para se fazer a transição da alimentação. Isso apresenta implicações com relação à prática clínica, especialmente no que diz respeito ao estabelecimento de novas condutas adotadas pelo fonoaudiólogo juntamente com o neonatologista. Reforça a importância dos parâmetros da avaliação comportamental para se decidir sobre as necessidades individuais dos bebês e sobre a forma mais adequada de alimentação a cada um deles, sendo relevante para a autora o desenvolvimento da SNN.

### **Fatores de risco para a incidência de problemas alimentares**

Mas por que o RN pré-termo pode estar em desvantagem para sugar? O bebê pré-termo não completa o último trimestre de vida intra-útero. Nasce num período em que tinha muito espaço intra-útero e, portanto, não desenvolve a flexão fisiológica. Tende a ser estendido, sonolento, desorganizado e lábil,

---

<sup>18</sup> Já em artigo publicado em 1995, a autora apresenta a formulação de um protocolo de avaliação da alimentação oral a ser utilizado em recém-nascidos hospitalizados com história de prematuridade (Escala de Avaliação Motora Oral). Em relação aos critérios para iniciar a alimentação por via oral, parte do princípio de que o peso e a idade gestacional não são aspectos primordiais, pois esses dados isolados não predizem a maturidade do padrão de sucção do bebê para a função de alimentação. Considerou importante na formulação do protocolo a condição respiratória e o balanço calórico bem como os dados fundamentados no neuro-desenvolvimento e no comportamento, tais como: a prontidão para a mamada, a postura, o tônus, o estado de consciência, os sinais de estresse, as características da sucção não nutritiva e as da sucção nutritiva, entre outros. Com o registro da evolução do comportamento de alimentação, é possível obter um perfil do bebê e, a partir daí, identificar a presença de normalidade e de anormalidade. Conseqüentemente, a autora propõe que deve ser oferecido ao bebê o tipo de experiência motora oral compatível com o nível do seu desenvolvimento, beneficiando-o no prognóstico e desenvolvimento futuro.

como descreve Morris, Klein (1987). Sua principal característica é a hipotonia (Dagarssies, 1977), o que significa que apresenta fraqueza muscular e ineficiente estabilidade proximal postural, reduzindo sua capacidade em direcionar e manter a força na linha média e também dificultando a manutenção da qualidade nos movimentos funcionais.

A hipotonia varia de acordo com a IG. Podemos dizer que, quanto mais baixa a IG, mais evidente a hipotonia nos membros superiores, na cintura escapular e na face. O bebê pré-termo tem o tronco instável, que tende à assimetria, com um padrão respiratório instável. Os membros são afastados da linha média e é pobre a estabilidade no pescoço, na cintura escapular, no tronco e na cintura pélvica.

O meio em que esse bebê irá se desenvolver é completamente diferente do útero. Quando deitado no leito, sua aparência é muito plana e apresenta limitada movimentação antigravitacional dos braços e das pernas. Os reflexos orais apresentam resposta inconsistente e imatura. Na face observamos diminuição do volume da gordura subcutânea e excesso de flexibilidade articular. Nessa medida, o bebê pré-termo terá de *desenvolver o tônus flexor para contrabalançar a extensão*.

Mas os nossos pré-termos, digo, aqueles que ficam com mais desvantagem para sugar e que irão necessitar do tratamento fonoaudiológico, são aqueles com menos de trinta e duas semanas de idade gestacional e com peso inferior a 1500g, considerados pré-termos extremos.

Nesse bebês, acentuam-se o *baixo tônus* (fraqueza muscular e deficiente estabilidade proximal), o efeito deletério do *uso prolongado do tubo para ventilação*, das *sondas para a alimentação* e da *seqüela da patologia pulmonar* (restrição na expansibilidade pulmonar), que *reforçam o uso da extensão excessiva*, gerando um desequilíbrio muscular que dificulta as aquisições no seu controle motor contra gravidade.

O resultado é um limitado desenvolvimento da musculatura flexora, bem como de seu uso funcional, musculatura essa necessária para a estabilidade geral. Os pré-termos tendem então a se fixar na extensão (compensação), e

isso irá interferir na alimentação - aumenta a sua desvantagem para a adequada sincronia da SSSDR e para o estabelecimento da sucção nutritiva eficiente<sup>19</sup> (SNE).

A condição clínica agrava-se, e o quadro clínico é de altíssimo risco, sendo o principal problema para a adaptação à vida fora do útero a imaturidade fisiológica no sistema cárdio-respiratório, devido à deficiência na produção do surfactante.

De fato, tem-se condição anatomo-fisiológica condizente com a vida a partir de 25 - 26s de IG e o peso acima de 600g. Porém, o sistema de surfactante vai estar presente e maduro com 35s de IG. Essa substância é responsável pela abertura dos alvéolos, viabiliza a troca gasosa pulmonar e a autonomia do sistema cárdio-respiratório, impedindo o colapamento alveolar.

O que acontece então com o pré-termo na ausência do surfactante? Evolui com dificuldade respiratória e necessita ser entubado e receber ventilação mecânica logo após o nascimento ou nas primeiras horas de vida. Hoje, já se administra o surfactante artificial, e em três dias esse bebê passa espontaneamente a produzir a substância, mas necessita continuar em ventilação mecânica, pois ele tem pouco tecido adiposo, pouca massa muscular, o que o coloca em desvantagem, não tem resistência muscular para fazer o trabalho cárdio-respiratório e não tem autonomia em outros órgãos e sistemas.

Os fatores de risco para a incidência de problemas alimentares vão se somando e agravando. Na história e evolução clínica, esses fatores podem ser únicos ou cumulativos. Iniciam-se então com o nascimento pré-termo, quando esse bebê sai do meio líquido com baixo tônus e é colocado inesperadamente contra a gravidade, deitado sobre o colchão de um berço aquecido ou de uma incubadora. Prolongam-se no ambiente de UTIP, onde o bebê vai estar ligado a sondas, a fios e placas para monitorização, podendo ser imobilizado, sofrer dor,

---

<sup>19</sup> Essa terminologia foi criada e inserida na equipe dentro de uma proposta de intervenção e condição de alta hospitalar. Determina que o RN é capaz de se alimentar através da sucção com adequada SSSDR, num tempo funcional (15 a 20 minuto), evoluindo para o desmame da sonda de alimentação com curva ascendente de peso e crescimento.

privação motora, tátil e vestibular. Nesse ambiente com luz e barulho excessivo, ele permanece por dias, semanas e até meses, sentindo cheiros e sabores desagradáveis e estando sujeito à rotatividade dos profissionais e a procedimentos múltiplos.

Dessa forma, representa fator único de risco o próprio nascimento pré-termo. Porém, outros fatores vão se somando, resultando em pior performance na alimentação, de acordo com a história e evolução clínica do bebê.

São fatores cumulativos: quando é menor a IG e mais baixo é o peso; quando o bebê fez uso do tubo endotraqueal e da sonda de alimentação por tempo prolongado; quando apresenta problemas no sistema cárdio-respiratório, no sistema digestivo, no sistema nervoso central, no neurodesenvolvimento e no comportamento durante a interação social. Há, ainda, o risco de o bebê não vir a se constituir subjetivamente, tema que abordo mais adiante.

### **Comportamento motor do RN pré-termo como fator de risco para a adequada SDDR**

Exemplifico a seguir o comportamento motor no pré-termo e depois identifico os sinais precoces de risco no seu desenvolvimento, os quais repercutem na qualidade da função oral - no estabelecimento da sincronia SDDR e da sucção nutritiva eficiente (SNE).

O RN pré-termo, então, não se encontra totalmente funcional na sua capacidade pulmonar, na digestiva, bem como na motora global e na oral, o que irá interferir no desenvolvimento da sua postura e no seu movimento contra-gravidade, e conseqüentemente na qualidade respiratória, na sua auto-regulação, na interação social, bem como na função alimentação. Também não é incomum que esse bebê faça uso das fixações articulares, que são compensatórias à inadequada estabilidade proximal, podendo vir a desenvolver postura e mobilidade anormais. As posturas e os movimentos compensatórios levam então a fixações articulares, que levam a encurtamento muscular, principalmente na musculatura do tronco superior, da cintura escapular e da



coluna cervical, e também a bloqueio pélvico. Interferem ainda no desenvolvimento de uma base estável da qual se parte para o movimento, sendo que este é um elemento crítico para a habilidade da coordenação motora e do movimento funcional. O papel da estabilidade/ mobilidade é fundamental para a adequada sincronia SDR.

Em relação ao comportamento motor, ressaltamos que o resultado é uma limitada movimentação anti-gravitacional e, com isso, um limitado desenvolvimento da musculatura flexora, sendo que esta é necessária na estabilidade geral, no uso funcional da força muscular na linha média, bem como na dinâmica respiratória. Ao contrário, o bebê pré-termo tende a fixar-se na musculatura extensora (compensação).

Diríamos então que, no bebê pré-termo, a força muscular para vencer a gravidade ativamente é inconsistente, diminuindo ou limitando a movimentação ativa da mão à boca. Existe alto risco no comportamento motor desse recém-nascido, relativo ao estabelecimento da função muscular, que é vencer a gravidade ativamente, construir e manter os equilíbrios entre os grupos musculares flexores e extensores, dentro dos padrões de estabilidade/ movimento. Ressalto que, se esse equilíbrio muscular não progride normalmente através da SDR, todas as atividades motoras serão influenciadas, tais como: controle óculo-motor, desenvolvimento mão / boca, articulação oral e controle do tronco superior, como preconizam Oetter, Richter e Frick (1995).

Nessa medida, a SDR é o principal componente do mecanismo oro-motor e é um elemento fundamental no desenvolvimento sensório-motor e cognitivo, o que inclui desenvolvimento da fala e da linguagem, regulação dos estados, controle postural, comportamento na alimentação, desenvolvimento do ego e da coordenação mão / olho.

Os principais sinais precoces desses distúrbios no desenvolvimento são:

- Inadequada sincronia da sucção / deglutição / respiração;
- Uso excessivo dos músculos acessórios da respiração;

- Elevação e retração das escápulas, posição W (isto é, os membros superiores e os inferiores em abdução e rotação externa);
- Excessiva extensão dos braços e das mãos;
- Contorção de tronco;
- Emissão de sons de descontentamento;
- Excessiva flexão no tronco (posição fetal);
- Arqueamento no tronco;
- Excessiva extensão da cabeça;
- Excessiva assimetria no tronco, sendo que a cabeça quase nunca está na linha média;
- Não manutenção das mãos apoiadas no tórax ou na linha medial;
- Não elevação da cabeça em prono;
- Não flexão contra-gravidade de quadris e joelhos;
- Uso mais freqüente de uma perna e uma mão;
- Sonolência excessiva;
- Irritabilidade excessiva (choram muito ou acordam chorando);
- Choro reduzido;
- Reação de aversão ao manuseio (distúrbio sensorial);
- Pouco aconchego;
- Dificuldade no contato mãe-criança;
- Presença de pneumonias repetidas (aspiração);
- Não ocorrência de dissociação de posturas;
- Não ocorrência de sorriso social.

Porém, já se sabe que a observação de todos esses fatores pouco valor tem se não for considerada a dupla mãe-bebê. “As mães de recém-nascidos no ambiente da Unidade Neonatal precisam de suporte para poder começar a perceber o bebê e reconhecê-lo como filho, dando-se conta assim de quais são as necessidades imediatas dele e como se adaptar a elas” (Ferraz, 2003, p. 117).

Devemos respeitar, no ambiente de Unidade Neonatal, o momento do bebê e o de sua mãe, sendo que cabe aos profissionais envolvidos “ajudá-la a ir reconhecendo o filho aos poucos [pois esta] é a primeira etapa que a equipe deve ter em mente para que se estabeleça a relação no binômio” (Ferraz, 2003, p.65).

Até o momento, discorri sobre as possibilidades de alimentação de um bebê pré-termo. De fato, as necessidades do bebê com essas características relacionam-se com sua condição de sobrevivência biológica, porém, sua constituição como pessoa engloba também a constituição psíquica. Sendo assim, no próximo capítulo, apresento alguns pressupostos da Psicanálise winnicottiana que considero fundamentais para refletirmos sobre a prática clínica fonoaudiológica desenvolvida em UTIP.

## **4. A IMPORTÂNCIA DO AMBIENTE NO DESENVOLVIMENTO DO RECÉM-NASCIDO**

O trabalho fonoaudiológico que venho realizando com bebês prematuros que apresentam problemas de alimentação, tanto em UTIPs como em consultório particular, levou-me a voltar meu olhar para a mãe e a valorizar o vínculo mãe/bebê. Pude perceber que, de fato, entraves nessa relação colocam em risco a saúde física e psíquica do recém-nascido e não raramente comprometem o seu desenvolvimento inicial.

Mas como levar as mães que mostram dificuldades de maternagem, nessas condições tão delicadas, a cuidar de seus filhos, alimentá-los com vivacidade adaptando-se às necessidades deles? Essa inquietação sempre esteve presente em minha atuação clínica com esses bebezinhos, juntamente com outra: Como preocupar-me com o funcionamento orgânico do bebê e, ao mesmo tempo, contemplar as demandas da mãe no atendimento? Como perceber as demandas da mãe além das do funcionamento do seu bebê?

De fato, nesse tipo de intervenção, há a constante preocupação com a sobrevivência do organismo e do funcionamento sensório-motor do bebê, principalmente no que se refere à busca da sincronia entre sucção, deglutição e respiração. Para sustentá-la, cada vez mais fui me aprofundando no estudo do conceito Bobath e de áreas afins, como expus no capítulo anterior. A prática clínica do manuseio configura-se como um meio através do qual o terapeuta pode cuidar da alimentação do paciente, fazendo com que seu corpo possa “funcionar”, possibilitando que ele se apresente em sua totalidade física e psíquica. Mas, para tanto, as condições ambientais, primordialmente representadas na figura da mãe, devem ser igualmente contempladas.

E é justamente neste aspecto que tenho constatado que, muitas vezes, por estarmos excessivamente comprometidos com um saber técnico e identificados com as demandas urgentes do paciente, buscamos mais orientar a

mãe sobre como proceder com seu filho, por exemplo, como posicioná-lo adequadamente para a alimentação, do que acolhê-la em sua dor ou observar se ela está, de fato, em condições de se disponibilizar para aquele bebê com dificuldades.

No intuito de investigar, discutir e problematizar essa questão, ampliando então o fazer clínico para além das técnicas sensório-motoras orais, necessárias no tratamento dos problemas alimentares do pré-termo de risco, apresento então alguns construtos do psicanalista e pediatra D. W. Winnicott. Em especial, a compreensão do autor sobre o processo maturacional dos lactantes nos permite vislumbrar a importância do ambiente na constituição do recém-nascido pré-termo, como veremos a seguir.

### **A mãe como ambiente facilitador**

Winnicott, pediatra e psicanalista, dedicou-se ao estudo do amadurecimento pessoal normal, em virtude de sua convicção de que a maior parte dos problemas que levavam as mães com os seus bebês ao seu consultório ocorria devido a dificuldades no estágio inicial de vida destes.

Lançou-nos, então, a idéia da mãe como sendo o ambiente facilitador para seu bebê e buscou maneiras de evidenciar sua convicção de que, sendo dotada de uma confiança natural em seus próprios recursos, é ela quem pode dedicar-lhe os melhores cuidados.

É interessante lembrar que Winnicott preocupou-se em comunicar as conclusões de seus estudos diretamente para as mães e outros cuidadores dos bebês, como enfermeiros, pediatras e terapeutas. Assim, muitas de suas palestras eram transmitidas pela rádio B. B. C. de Londres, sendo então algumas delas direcionadas às mães, para quem abordava, de uma maneira agradável e de fácil compreensão, a sensação que é para uma mulher tornar-se mãe. Com isso, as remetia ao cotidiano com o bebê, com o marido, com um possível filho mais velho; enfim, falava da vida comum, quando tudo ocorre bem, em uma estrutura familiar saudável, isto é, onde podem compartilhar, cotidianamente, as responsabilidades

domésticas, tornando mais profundo o vínculo entre o pai e a mãe. O pai, por sua vez, teria como função proteger a família, estando envolvido em desempenhar a sua função paterna, “o pai é o agente protetor que libera a mãe para que esta se dedique ao seu bebê” (apud Davis e Wallbridge, 1982, p.149); enquanto ela, envolvida nesses cuidados, facilita a aproximação e a relação do pai com o bebê.

Winnicott (1896-1971/2002, p.1)<sup>20</sup> ressalta que “não tinha o menor interesse em tentar dizer às pessoas o que deveriam fazer”, ou seja, não pretendia ensinar as mães como cuidar de seus filhos, pois, para ele, essa era uma tarefa impossível de ser ensinada, o que, de fato, observamos em toda a sua obra, tanto na teoria como na prática clínica. Dessa forma, contribuiu grandemente e forneceu subsídios para se pensar em uma nova perspectiva de orientações comumente feitas na área da saúde, especialmente às mães de bebês com algum tipo de sofrimento: “convém distinguir as coisas que acontecem naturalmente das que têm de ser aprendidas; por isso, tento distinguir entre ambas, de maneira que tudo quanto sucede naturalmente não se estrague” ( Winnicott, 1957-1964/1985, p.9).

As palestras proferidas pelo autor, bem como os textos que dirigiu às mães favorecem a compreensão das coisas rotineiras que as mulheres fazem naturalmente bem, simplesmente porque toda mãe dedica-se à tarefa que tem pela frente, isto é, cuidar de seu bebê, sendo o que normalmente acontece. Realizam, pois, algo muito importante e que tem sido assim por toda a história da humanidade, e aí se encontra o valor de uma mãe dedicada a um novo ser.

O fundamental para o autor era descrever a gradual transformação que acontece com a futura mamãe, tanto nos sentimentos quanto no aspecto físico, que se inicia com a gravidez e se prolonga após o nascimento do bebê, nos primeiros dias e semanas, sendo que essa dedicação total ao filho a este propicia o vir a ser, ou seja, a constituição do *self* – o si-mesmo - que vai sendo estabelecido no tempo, mas que se inicia quando o bebê é reconhecido nas suas características pela mãe (Maia, 2004).

---

<sup>20</sup> Nas referências à obra de Winnicott informo, sempre que possível, o ano da primeira publicação do texto e o da edição aqui utilizada.

As mães encontram em Winnicott alguém muito disposto a compartilhar o seu interesse pela unidade mãe/bebê, antes mesmo de ele nascer, ser concebido e nas primeiras semanas de vida. Ele as apóia na confiança que depositam em suas tendências naturais e afirma ser “tremendamente importante que a mãe tenha a experiência de fazer aquilo que lhe parece dever fazer, o que a habilita a descobrir a plenitude da maternidade em si própria” (Winnicott, 1966, p. 26), o contato íntimo e o prazer que dela advêm.

De fato, a vida prepara, equipa a mulher para a função materna. Assim, desde pequena, ela já brinca de boneca, e também, como todos, já foi bebê um dia, sendo então acolhida por uma mãe, o que fica registrado em sua memória corporal. A possibilidade de a mãe cuidar do seu bebê, portanto, não se inicia após o nascimento dele, mas muito antes, sendo esse um momento de atualização de algo que já está inscrito em sua história de vida.

A futura mãe terá, ainda, um período de nove meses, suficiente para que ocorra uma transformação. Esse período de preparação é muito importante e, quando o bebê nasce, ela entra comumente em uma fase da qual costuma se recuperar nas semanas e meses posteriores, e na qual, em grande parte, ela é o bebê e o bebê é ela. Nesse período de dedicação, o importante é que a mãe, através da sua identificação com o lactente, sabe como ele se sente e é capaz de prover quase exatamente o que ele necessita no começo, e isso faz dela, inclusive, uma mãe real passível de erro, mas também de reconhecê-lo.

Em “A criança e o seu mundo”, Winnicott, dirigindo-se a sua leitora, absorva nos cuidados com o corpo do bebê, gostando que ele seja totalmente dependente dela e sem se dar conta de sua pessoa, diz: “você se viu absorvida nos cuidados com o bebê e gostou que assim fosse. Você sabe exatamente como segurar o bebê nos braços, como deitá-lo, como deixá-lo sozinho e bem instalado, para que o berço atuasse por si mesmo” (Winnicott, 1957-1964/1985, p.16).

É um período em que a sensibilidade da mãe fica aumentada e em que ela é dotada de uma habilidade de drenar o interesse em si mesma para o bebê, dando-lhe capacidade especial de fazer a coisa certa. A mãe identificada com o seu bebê é capaz de se colocar no lugar dele, adaptar-se as suas necessidades.

O autor denominou essa condição psicológica da mãe preocupação materna primária, sendo nessa condição que é capaz de propiciar a recuperação da continuidade do ser na vida extra-uterina.

### **Preocupação materna primária e primeira mamada teórica**

Identificada com o seu bebê, a mãe esperará até que ele esteja pronto para o contato. E é essa identificação que permite que o processo se coloque em marcha. Só assim ele começará a ter o impulso de procurar o alimento, com a mãe segurando-o e, ao mesmo tempo, encontrando o caminho para isso junto com ele. No entanto, se a mãe se encontra muito ansiosa, ela pode ser invasiva, interrompendo a exploração natural do bebê antes de encontrar o seio e iniciar a mamar.

A mãe que pôde dar oportunidade ao bebê de encontrar o próprio jeito de se alimentar, na realidade, deu a ele o direito de completar uma experiência que é de valor especial na relação com o objeto. Deu-lhe, numa palavra, o direito de ser, de se encontrar com o objeto subjetivo (o seio), sendo que, nesse encontro, o que ele encontra é o si mesmo. Na experiência de integração, o bebê torna-se idêntico aos cuidados que recebe: ele é esses cuidados. Estando fundido com a mãe, ainda não tendo separado o “eu” do “não eu”, tudo que o ambiente bom propicia é sentido pelo lactente como se fosse uma qualidade do si mesmo.

“Mas, para tanto, é necessário que o movimento tenha partido do bebê, o impulso emergido do estado de repouso, na não-integração” (Dias, 2003, p.219). Ainda é preciso, no entanto, que o bebê encontre um seio que “é”, de uma mãe que tem capacidade de “ser”, e não só de “fazer”. O seio que só “faz” é de uma mãe que não cria condições para o bebê vir a ser através dela, pois não vai estar suficientemente envolvida pelas particularidades dele no processo de alimentação. Isso comumente se manifesta como uma rigidez na forma física, no manuseio, no tempo da permanência no colo, com os horários, ou no volume de leite oferecido, suprimindo, assim, as reais necessidades manifestas no corpo do bebê.



Winnicott (1896-1971/1990, p.121) usa o termo “primeira mamada teórica” para se referir as primeiras experiências concretas com a amamentação. No início, “a atividade de amamentação está no centro, mas isso não significa, na concepção do autor, que a alimentação enquanto satisfação da fome corresponda ao que é essencial” (Dias, 2003, p.164).

A mãe é o primeiro objeto do bebê e é através da alimentação que tem início a capacidade da criança de se relacionar com objetos - constituir o si mesmo e depois perceber o “eu” diferente do outro. Quando tudo corre bem, começa a se estabelecer os primórdios da relação com a realidade externa; isto é, no contato com a mãe na alimentação são lançadas as bases do relacionamento humano. A tarefa de integração se dá no tempo e no espaço, pela continuidade da presença da mãe e pelos efeitos dessa permanência no processo constitutivo.

Nessa primeira mamada teórica, “além da necessidade biológica, há a necessidade de encontro com o outro, de se constituir através desse encontro” (Maia, 2004). Além disso, nesse momento, quando tudo dá certo no encontro do bebê com o seio da mãe, instala-se o fenômeno humano da ilusão, ou seja o bebê tem a ilusão de que pode criar aquilo que encontra.

Há, no bebê, uma crescente tensão instintiva, gerada pela fome, e que desenvolve um estado no qual ele está preparado para encontrar algo que não sabe bem o que é: “Mais ou menos no momento certo, a mãe oferece o seio” (Winnicott, 1896-1971/1990, p. 120), assim ela é capaz de fornecer o contexto para dar início ao relacionamento “excitado”. Se esse primeiro momento ocorre satisfatoriamente, estabelece-se um contato, de maneira que o padrão de mamada se desenvolve a partir dele. Ao contrário, para Winnicott (1896-1971/1990, p.120), “se as primeiras mamadas são mal conduzidas, pode ocorrer uma longa série de problemas”.

Na concepção winnicottiana, o bebê não quer tanto alguém que lhe dê alimentação correta, na hora certa, mas, sobretudo, alguém que *ame alimentá-lo*, que se mostre devotada e atenta às suas necessidades; só assim ele interioriza a sensação de ter sido bem cuidado. Trata-se, aqui, do que o autor denominou *holding*, que é a maneira pela qual o bebê é sustido pela mãe, não apenas

sustentado nos braços dela, envolvido para que ela o alimente, mas, também, sendo atendido em suas necessidades, estando a mãe em sintonia com ele. O autor preconizou “ampliar o seu significado [*holding*] para que possa abranger tudo aquilo que nesta época uma mãe é e o faz” (Winnicott, 1896-1971/2002, p.4). Assim, ela sabe quando o bebê está ou não com fome, a temperatura ideal da água para o banho, cuida do entorno e está presente como alguém em condições de se colocar no lugar dele, sendo então capaz de lhe oferecer cuidados suficientemente bons.

A sintonia que a mãe tem com o seu bebê impulsiona o seu desenvolvimento e oferece uma adaptação gradativa conforme as possibilidades dele. A mãe exerce, então, a função de um espelho para o bebê - ele se vê através da mãe. Ela é, pois, o ambiente facilitador do crescimento e desenvolvimento dos aspectos humanos. O autor coloca que, nesse período de dependência absoluta, a mãe facilita a organização do ego do bebê, até que ele adquira ferramentas para se tornar gradativamente independente desses primeiros cuidados.

A mãe é apresentada, portanto, como o primeiro ambiente do bebê, papel este significativo na constituição do ser, naturalmente supondo existir a sustentação deste lugar dada pelo pai.

O autor conclui, então, que o estabelecimento de uma relação humana e a sua continuidade ocorre desde muito cedo e tem grande valor no desenvolvimento emocional e na constituição psíquica da criança: “em certa época, nos primeiros tempos da infância, em que não existia percepção de dependência, éramos totalmente dependentes” (Winnicott, 1957-1964/1985, p.10). E, com isso, chamou atenção para a imensa contribuição da mulher, sendo uma boa mãe comum, devotada, ao indivíduo e à sociedade. Contribuiu, de maneira decisiva, com a formulação da teoria do amadurecimento pessoal normal, partindo do pressuposto de que o bebê nasce dotado de uma capacidade inata ao amadurecimento, mas o desenvolvimento dessa tendência é dependente da existência contínua de um ambiente facilitador, representado pela mãe.

Mas é preciso considerar, ainda, algo fundamental ressaltado por Winnicott em toda sua obra: no início, nos primeiros dias e semanas do nascimento, o relacionamento entre mãe e filho é de pura sensorialidade, criando, assim, condições para a mais simples das experiências - um contato sem atividade e sem palavras. O corpo do bebê se faz presente pela via sensório-motora e pelas necessidades fisiológicas, e é na atenção a elas que tem início o processo de cuidar, sempre de acordo com o ritmo do bebê, colocando em marcha o seu desenvolvimento. Sendo o filho recém-nascido o único interesse da mãe, manifesta-se o sentimento de unidade entre duas pessoas, responsável por fazer com que ela atenda a todas as necessidades do bebê.

### **Coesão psicossomática: a tendência natural à integração**

Através dos princípios psicanalíticos winnicottianos, de fato, pude perceber que a função materna inclui outra dimensão, a de possibilitar ao bebê habitar o próprio corpo, vindo a se tornar uma unidade - o *eu sou*. Para o autor, isso se constitui em uma conquista essencial do amadurecimento, que vem da junção soma e psique. Para tanto, é necessário o “cuidado maternal que forma uma unidade junto com o bebê” (Winnicott, 1983/1990, p. 40).

Nessa perspectiva, sempre que encontramos um bebê, também encontramos o cuidado materno, ou seja, “o *sine qua non* do seu [bebê] crescimento, tanto físico quanto emocional, é a dependência de um ambiente facilitador” (Davis e Wallbridge, 1982, p.49).

Na concepção winnicottiana “cada indivíduo é destinado a amadurecer, e isto significa: unificar-se e responder por um eu. A principal característica da hereditariedade é, pois, a tendência do indivíduo em se integrar: “o estado de unidade é a conquista básica para a saúde no desenvolvimento emocional de todo ser humano” (Dias, 2003, p. 94).

Assim, para Winnicott, no nascimento, o bebê se encontra em disponibilidade para a continuidade do processo “de crescimento físico e das tendências herdadas do desenvolvimento da parte psíquica que se dá na parceria psico-somática” (apud Davis e Wallbridge, 1982, p. 51). Desta maneira, o bebê

não nasce com um corpo, o que existe é o soma/corpo vivo, um conjunto anatômico de órgãos/sistemas que estão formados, e a isto é acrescido um potencial para o desenvolvimento de uma personalidade, processo este ligado à maternagem. Nas palavras do autor: “O potencial herdado de um lactente não pode se tornar um lactente a menos que ligado ao cuidado materno” (Winnicott, 1983/1990, p. 43). Nesse momento inicial, o cuidado materno vai ao encontro da satisfação dessa dependência absoluta.

Para o autor, a mãe sabe da tendência inata que o seu bebê tem para a vida e para o desenvolvimento; sabe que cada bebê é, por assim dizer, “uma organização em marcha”, destinada ao amadurecimento (Winnicott, 1957-1964/1985, p.29). Então, ela se interessa bastante pela observação do que acontece a cada momento com seu filho, justamente porque sabe que ele necessita de cuidados especiais, e desfruta o prazer de reagir às suas necessidades. Esse saber da mãe a impulsiona para cuidar dele como um todo, e não apenas de algumas de suas partes.

Nesse início da vida, a psique começa a se formar, então, como uma representação imaginativa das funções corpóreas. A vida do bebê já é pessoal, pois tudo é experienciado no corpo e pelo corpo. Todos os cuidados fornecidos pela mãe ficam registrados em um corpo sensório-motor, o que faz com que o bebê sinta o seu funcionamento, as sensações dos movimentos. Sendo assim, a psique pode ser ocupada pela elaboração imaginativa do funcionamento orgânico e das sensações, o que é significativo para o corpo personalizado do bebê.

Desta maneira, com o cuidado que recebe de sua mãe, é possível ao bebê habitar o corpo, e o corpo habita o ser: “uma unidade com uma membrana limitadora, com uma parte de dentro e uma de fora, existe uma realidade interna para este indivíduo” (Winnicott apud Davis e Wallbridge, 1982, p.48). Trata-se de uma conquista que pode, ou não, ser alcançada, pois a coesão psicossomática é uma realização e para estabelecer-se exige a participação ativa da mãe, sobretudo durante as experiências excitadas, quando o lactente deve ser seguro e cuidado por ela, reunindo-o nos braços e no olhar e ele sentindo-se bem, mantido inteiro.

Dias (2003, p. 209) explicita da seguinte forma o pensamento de Winnicott: “Durante todo o tempo em que a coesão psicossomática está em vias de realização, os braços da mãe e o corpo do bebê são uma e a mesma coisa, de modo que se pode dizer que *a primeira morada do bebê é o próprio corpo do lactente no colo da mãe*”.

O cuidado materno correspondente a essa tarefa de alojamento da psique no corpo é o manejo/manuseio, denominado por Winnicott *handling*. O manejar faz parte do segurar total - *holding* -, já anteriormente definido. Aqui, podemos ilustrar com todo tipo de sensação que pode ser vivenciado pelo bebê ao ser manejado e que favorece que ele habite o próprio corpo. É, pois, um processo gradativo, em que a experiência, mesmo que momentaneamente, é sentida como real, favorecendo a associação psicossomática ou o si mesmo.

No *handling/holding* está incluído um contato cutâneo absolutamente essencial, que fornece todas as experiências sensoriais necessárias: ser envolvido, com temperatura (pelo colo, pela água), por sons e ritmos (da respiração, do coração, da fala), por movimento com ritmo (no colo da mãe), o que faz o bebê tanto sentir o seu corpo quanto o da mãe, além de diferenças sutis em todo o ambiente, por exemplo, quando a luminosidade é diminuída, quando é afagado pela textura das roupas e colchas e contido de forma confortável por almofadas que estão no berço.

A presença materna satisfatória, através do *holding* e do *handling*, dos cuidados, na alimentação, atende às necessidades do bebê no seu processo de adaptação. O mundo lhe é, então, apresentado em pequenas doses, sendo que a relação do bebê com esse mundo se dá pela pele, pelo sistema somatosensorial (tato, proprioceptivo e vestibular) e pela boca (ingestão de alimentos). Por meio de seu manuseio, a mãe atende às necessidades fisiológicas, facilita a integração sensorial do bebê e supri as demandas dele na alimentação, isso compreendido como parte integral dos cuidados fornecidos por ela. O fato de existir vai ganhando consistência, peso.

O fato concreto de o corpo do bebê ser sustentado e estar em contato direto com o corpo da mãe em todos os tipos de experiências funcionais,

sensoriais e motoras fornece a ele um esquema corporal pessoal, sendo uma representação interna importante para a memória e mapeamento da sensação e da ação.

Nos primeiros momentos da vida extra-uterina, além do início da respiração, o bebê vai sentir a ação da gravidade sobre o seu corpo, que estava habituado a ser contido pela parede uterina em toda a sua volta. Essa sensação passa então, na vida extra-uterina, “a condição de ser amado somente de baixo para cima”. Por isso o “segurar” envolvendo-o faz parte dos cuidados maternos. Na concepção winnicottiana, caso o início da respiração seja traumático e se configure um quadro de dificuldade respiratória, isso terá uma representação psicossomática de invasão e essa experiência se configurará no psiquismo como “uma total falta de controle sobre o que se move para dentro e para fora” (Dias, 2003, p.163).

O bebê vive, pois, o processo de adquirir um interior e um exterior, está experienciando o meio, vivenciando o *holding*, registrando e introjetando os efeitos *da experiência de confiabilidade*, confiança concreta que deposita no fato de ser segurado.

Nas palavras de Winnicott (1988, p.87), essa é a maneira da mãe expressar o seu amor e também de comunicar ao seu bebê: “Sou confiável – não por ser uma máquina, mas porque sei do que esta precisando; além disso me preocupo, e quero providenciar as coisas que você deseja” e naturalmente as que necessita para se desenvolver. O bebê, na concepção do autor, não ouve ou registra a comunicação, mas apenas os efeitos da confiabilidade.

A mãe se apresenta de maneira confiável, previsível, ou seja, “evita que alguma coisa inesperada surpreenda o bebê” (Dias, 2003, p. 168), e demonstra este cuidado por meio do manuseio no corpo dele, manuseio esse feito para suprir/atender as necessidades orgânicas/funcionais. Isso ocorre em meio às necessidades variáveis do bebê, que pode estar tranquilo ou excitado, e só é possível porque ela se apresenta consistente, constante e mantém cuidados regulares, indo ao encontro dele, reconhecendo-o e atendendo-o em sua singularidade.

Assim, com o cuidado que recebe de sua mãe, o lactente é capaz de ter uma existência pessoal, começa a construir o que ele [Winnicott] chama de continuidade do ser. Na base dessa continuidade o potencial herdado se desenvolve gradualmente no bebê. “Se o cuidado materno não é suficientemente bom então o lactente realmente não vem a existir, uma vez que não há a continuidade do ser; ao invés a personalidade começa a se construir baseada em reações a irritações do meio”( Winnicott, 1983/1990 .p. 53).

Portanto, para o autor “nenhum bebê pode vir a ser, a não ser sob os cuidados de um ambiente que lha dá sustentação e facilita os seus processos de amadurecimento” (Winnicott apud, Dias, 2003, p.96).

Na etapa inicial, “o amor da mãe é expresso em termos de assistência física” (Winnicott, 1957-1964/1985, p.207).

A mãe adapta de maneira ativa as necessidades do seu filho, que afinal, é o que o bebê necessita -habilita a psique infantil a começar a viver no corpo do bebê. “Segurar” bem o lactente, e “manejá-lo”, nessa perspectiva, é uma forma de amar e, possivelmente, “a única forma pela qual a mãe pode demonstrar o seu amor” (Winnicott apud Dias, 2003, p.210).

Winnicott não vê o bebê apenas como organismo e, assim, não podemos pensar que há, no início, uma relação de reciprocidade<sup>21</sup> entre ele e sua mãe, pois o bebê ainda não é uma unidade, e sim faz parte da unidade mãe-bebê. A adaptação provém, pois, exclusivamente da mãe.

De fato, considero fundamental no trabalho clínico fonoaudiológico realizado em UTIPs que busquemos parâmetros para compreender a função da mãe como ambiente e para que, assim, encontremos formas de facilitar a formação do vínculo mãe-bebê.

Com essa teoria, pude convergir meu olhar para o meu pequeno paciente não mais dissociando-o de sua mãe. E pude, também, integrar no atendimento

---

<sup>21</sup> Lembro que, por muito tempo, a grande referência da área para compreendermos a relação mãe-bebê era o estudo de Brazelton. Segundo o autor, há entre eles uma relação de reciprocidade, sendo que “o bebê é portador de um equipamento que o predispõe à relação e à adaptação” ( Brazelton, 1987, p.47). Winnicott, de fato, vai além.

fonoaudiológico as etapas do desenvolvimento funcional com a constituição psíquica. A mãe é, então, incluída não “somente” para que seja orientada, mas para que possa ser acolhida nas suas inseguranças quanto às condições que apresenta de reconhecer às necessidades de seu bebê pré-termo. A partir daí, ampliar a compreensão da função do fonoaudiólogo que trabalha com bebês de alto risco foi um passo enorme e fundamental.



## 5. MÉTODO

### **Local de realização do estudo e procedimentos para sua viabilização**

O presente estudo foi realizado no Hospital Governador Israel Pinheiro do Instituto da Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais-HGIPIPEMG, em Belo Horizonte, especificamente na pediatria dessa instituição. Faz parte desse setor o Centro de Terapia Intensiva Pediátrico-CTIP, que conta com seis leitos para o cuidado intensivo e uma área para leito isolado, ocupados, de acordo com a demanda, por RNs, lactentes ou crianças de até 14 anos.

A unidade Pediátrica é composta de trinta e seis quartos, que podem ser modificados para servirem como enfermaria ou apartamento. Cada quarto de enfermaria tem dois leitos, sendo o alojamento conjunto, com o acompanhante acomodado em uma poltrona-cama; os apartamentos têm o leito e a cama para o acompanhante. Permanecem dois quartos reservados como área para leito isolado, tendo cada um deles um leito. Quando o RN não tem mais indicação de cuidado intensivo, ele é transferido para a pediatria ou para o berçário.

O berçário tem capacidade para doze leitos, ocupados por RNs que necessitam de observação ou cuidado semi-intensivo. Os saudáveis ficam no alojamento conjunto com as mães, composto de nove quartos, sendo cada um deles com dois leitos. O alojamento conjunto do HGIP-IPSEMG segue as normas do Ministério da Saúde.

Além do Hospital Geral Governador Israel Pinheiro, o IPSEMG é composto por Centro Médico, Ambulatório Odontológico, Ambulatório Dario Tavares e pela Sede Administrativa. O serviço é prestado por funcionários do Estado, contratados através de concurso público oferecido pelo IPSEMG.

A minha inserção na equipe de profissionais que atuam nesse hospital, especificamente no setor de Pediatria (tanto no berçário, na pediatria como no CTIP), teve início em 1999, não como funcionária concursada. Nela trabalhei até o início de 2003, quando foi suspensa qualquer interconsulta com especialistas que não fizessem parte do quadro de contratados concursados. Nesse período,

realizava o tratamento fonoaudiológico nos RNs e discutia os casos com a equipe multiprofissional e com os residentes, para que, juntos, planejássemos a alimentação segura por via oral dos bebês.

Além dos pediatras, outros profissionais faziam parte do quadro de atendimento, como neonatologistas, médicos residentes, nutricionista, fisioterapeuta respiratório (no CTIP e na pediatria), psicóloga (na pediatria e quando solicitada atendia no CTIP), assistente social, enfermeiros e os especialistas da área médica que podiam ser solicitados para inter-consulta (neurologista, geneticista, cirurgião, cardiologista e odontologista).

No decorrer desses anos, pude então circular em um ambiente voltado ao exercício da prática clínica e estar junto a esses profissionais que, em comum, buscavam atender o paciente juntamente com seus familiares.

Quando iniciei o mestrado e já com o projeto de pesquisa em mãos, procurei a coordenação do CTIP – representada por dois médicos pediatras - para relatar o tema de minha dissertação e o meu interesse em coletar os dados no setor de Pediatria da instituição. Embora tenha, de imediato, recebido a anuência de ambos, pelo fato de não fazer parte do quadro de funcionários, foi necessário que buscassem maneiras de viabilizar o trabalho.

Recebi então uma declaração da coordenação do CTIP e o consentimento do superintendente (em anexo), ambos registrando concordância com o projeto de pesquisa e com a coleta de dados na unidade e, posteriormente, no setor de Pediatria.

O projeto também foi apresentado ao superintendente da instituição, e então, com seu consentimento, pude encaminhá-lo para a comissão de ética do hospital, recebendo também aprovação desta.

Na mesma época, o projeto também foi apresentado à Comissão de Ética do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da PUC/SP, solicitando parecer para o seu desenvolvimento junto à linha de pesquisa “Linguagem, Corpo e Psiquismo”, sob a orientação da Profa. Dra. Suzana Magalhães Maia, resultando em aprovação.

## **Opção metodológica e critérios para a escolha do caso clínico**

Para a realização desta pesquisa, utilizei-me de metodologia clínica qualitativa, particularmente de estudo de caso, por considerá-lo mais adequado para que meus objetivos pudessem ser atingidos.

Esse tipo de pesquisa se configura através da observação do fenômeno, que é aquilo que se apresenta e se revela aos olhos do pesquisador. Nesta perspectiva, este busca compreender aquilo que efetivamente vai se revelando no decorrer do trabalho. A compreensão é obtida com a análise dos registros, tendo como ponto de partida o objetivo da pesquisa e os fundamentos teóricos.

Quanto à escolha do caso clínico, ficou estabelecido que esta caberia aos coordenadores do CTIP. A fonoaudióloga/pesquisadora se responsabilizaria por apresentar o tema da pesquisa à família do bebê, convidá-la a participar e também obter o consentimento dos responsáveis (principalmente da mãe). A coleta dos dados teria início no CTIP, prosseguindo no berçário e depois no apartamento da unidade pediátrica.

O bebê a ser incluído no presente estudo deveria ser de alto-risco e pré-termo. Os recém-nascidos de alto-risco devem ficar sob observação constante da equipe neonatal, o que pode durar apenas algumas horas ou até várias semanas. A maior preocupação é que sejam identificados o mais cedo possível, a fim de se melhorar os cuidados e diminuir os índices de mortalidade e morbidade neonatal (Behrman; Kliegman; Jenson, 2004).

Esses bebês estão sujeitos a lesões no sistema nervoso central e também às seqüelas das doenças específicas da prematuridade, que são fatores considerados de risco para desvio no neuro-desenvolvimento funcional e isto pode se agravar quando o ambiente/representado pela mãe não é sensível as suas necessidades-neste período que é crítico do desenvolvimento cerebral o trauma do vínculo precoce e o que tem impacto mais negativo na estrutura do cérebro (Shore A, 2002).

São considerados bebês pré-termos os que nascem com até 36 semanas e seis dias de Idade Gestacional<sup>22</sup>. Podem ocorrer, então, doenças específicas da prematuridade, problemas responsáveis por desvios de desenvolvimento que comprometem a inserção social. Nesses casos, embora o peso e a idade gestacional permaneçam como os melhores preditores de resultados, fatores adicionais são consistentemente associados a piores resultados para déficits neuropsicomotores. Eles incluem a displasia broncopulmonar (DBP), a hemorragia intraventricular, os escores de Apgar abaixo de 1 e 4, a leucomalacia periventricular e a sepse neonatal que, em combinação com fatores ambientais-sociais de risco, podem potencializar ou ampliar os fatores patológicos de risco.

Os RN recebem uma classificação pelo peso de nascimento (PN), sendo que são considerados de baixo peso (BP) quando o PN é menor que 2500g. E também pelo PN e IG, sendo identificados como pequenos quando o PN é menor que o esperado para a IG.

São bebês pré-termos extremos os que nascem com menos de 32 semanas de IG. De fato, tem-se condição anátomo-fisiológica condizente com a vida a partir de 24s de IG e peso acima de 500g.

Os RN prematuros com menos de 1000 gramas de peso de nascimento são classificados como de extremo baixo peso, e os com peso entre 1000 a 1499 gramas, de muito baixo peso<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> A classificação do RN pela IG segue critérios para a sua determinação, tais como: IG materna, calculada a partir da data da última menstruação, segundo a regra de Naegele; método ultrassonográfico, realizado até 12ª semana de gestação; cálculo pós-natal da IG, pela avaliação clínica, pelo método Capurro e outros.

<sup>23</sup> Segundo Oliveira (2004), são um sub-grupo de prematuros que exigem cuidados específicos ultra-especializados de terapia intensiva neonatal, com alto custo para o sistema de saúde. Como referência de qualidade a ser buscada, destaca-se que, nos melhores serviços de países desenvolvidos, a mortalidade fica em torno de 10% para os nascidos com peso entre 750-999 g e 30% entre 501-749 gramas. Por idade gestacional, a sobrevivência atinge 15% nos com 23 semanas, 55% com 24 semanas e 79% com 25 semanas.

## **Rotina de cuidados fonoaudiológicos com os bebês internados e inserção da pesquisadora na equipe multiprofissional**

O tratamento fonoaudiológico, ao ter início, segue as solicitações da equipe envolvida com o caso clínico e também as demandas deste. Para tanto, o fonoaudiólogo deve adotar o seguinte procedimento: após a avaliação do bebê, anota no prontuário médico os dados relativos à sua evolução clínica e a conduta a ser seguida pela equipe de enfermagem. Esta deve, então, executar a rotina de alimentação prescrita. Os cuidados são voltados para a promoção do funcionamento do sistema digestivo, verificando-se: a presença ou não de estase gástrica, o posicionamento durante e após a dieta por sonda, o tempo necessário para oferecer a dieta por sonda, ou seja, para a alimentação ser completada, e o volume da dieta aceita pelo bebê quando oferecida por via oral-sucção. Neste caso, deve ser observada, ainda, a sincronia sucção/respiração/deglutição, os dados vitais e comportamento do bebê, para evitar fadiga. Também devem ser relatadas as intercorrências durante a alimentação do bebê, tais como: apnéia, cianose, bradicardia, taquicardia e a queda da saturação, as quais podem alterar o estado clínico e impedir a continuidade da alimentação por via oral ou sonda.

O fonoaudiólogo participa, ainda, de reuniões para a passagem de plantão e de reuniões diárias com os neonatologistas, pediatras e demais especialistas, nas quais são compartilhados os parâmetros do tratamento fonoaudiológico e da intervenção propriamente dita.

Para o presente estudo, segui então o procedimento acima. Ficou também estabelecido que caberia à pesquisadora levantar a história e evolução clínica do bebê selecionado, bem como investigar a relação mãe-filho. Para isso, foi necessário levantar no prontuário do RN os dados relativos à história de indicação e internação no CTIP e a sua evolução nas várias especialidades atendidas. Especificamente em relação à dupla mãe/bebê, busquei informações nas reuniões para o estabelecimento conjunto de condutas a serem adotadas por toda a equipe, sempre tendo como objetivo aproximar a ambos.

Também colaboraram com esses dados os coordenadores do CTIP e do berçário, a psicóloga, as secretárias, a fisioterapeuta, a assistente social, os residentes, os preceptores e a equipe de enfermagem. No período da manhã, participava com a equipe multiprofissional, no CTIP, da discussão clínica de todos os casos internados. No berçário, reunia-me regularmente com o preceptor, o residente e o plantonista; na unidade pediátrica, com o preceptor, o residente e com os demais profissionais diretamente envolvidos no atendimento do bebê selecionado. No total foram dezenove encontros.

No caso dos enfermeiros, muitas informações foram colhidas durante a rotina junto ao bebê – troca de fraldas, banho, higiene geral, posicionamento e mudança de decúbito e de alimentação. São, de fato, momentos bastante ricos, pois é possível verificar se o manuseio durante esses cuidados está de acordo com as necessidades do bebê, se as enfermeiras consideram a fragilidade do sistema autonômico, o nível de estresse e se correspondem a isso, “protegendo-o”, buscando maneiras de organizá-lo e facilitando a sua auto-regulação. Nesses momentos, além de observar, também orientava a equipe, respondendo as dúvidas em relação à maneira como as enfermeiras deveriam cumprir a prescrição fonoaudiológica. Também procurava saber a impressão dessas profissionais em relação à dupla mãe/bebê e investigar se estavam propiciando um clima favorável à aproximação desta.

Nos dias em que não estaria presente na instituição para a rotina de atendimento fonoaudiológico e discussão do caso clínico, ficou decidido que caberia à equipe eleger a melhor conduta a ser seguida, sendo esta registrada posteriormente em prontuário para o meu conhecimento.

Todos os dados obtidos foram registrados por escrito para posterior análise.

## **Dados do caso clínico selecionado e frequência dos atendimentos**

Apresento, então, o estudo de caso de S., um recém-nascido pré-termo do sexo feminino, classificado como de muito baixo peso, embora adequado a sua idade gestacional, sendo esta uma condição de alto risco para problemas no desenvolvimento, na alimentação e na constituição do vínculo mãe/bebê.

Além das discussões clínicas com a equipe de profissionais, já anteriormente referidas, desenvolvi intervenções junto ao bebê e à família, especialmente junto à mãe, priorizando, por um lado, manejos que auxiliaram a organização do bebê, a adequada sincronia da sucção/deglutição/respiração e a aquisição da sucção eficiente, e, por outro, o cuidado com a mãe no processo de sua aproximação da filha, para dela cuidar.

O atendimento privilegiou o acompanhamento dos horários das dietas - no turno da manhã, às 9h00 e/ou 12h00, e no turno da tarde, às 15h00 e/ou 18h00 – o que foi modulado de acordo com as demandas da evolução clínica do recém-nascido, para facilitar uma evolução segura da alimentação por via oral. Também foi respeitada a disponibilidade da mãe para estar com a pesquisadora, bem como visitar o seu bebê, dele cuidar e alimentar. No total, foram dez encontros com a mãe.

A frequência do acompanhamento também foi estabelecida junto à equipe, ficando acertado que seria de duas a cinco vezes por semana, incluindo os finais de semana, sempre considerando os aspectos relacionados à função de alimentação do bebê a ser efetivada pela mãe. Ficou previamente estabelecido que a fonoaudióloga poderia por telefone ser informada da evolução do caso clínico, após o atendimento ou em qualquer dia da semana em que não pudesse se fazer presente na instituição. Também estaria disponível à equipe e familiares para contato telefônico a qualquer hora do dia, para o que se fizesse necessário.

A secretária do setor estava ciente quanto ao horário e dia de meu retorno no setor, a ser previamente estabelecido após cada atendimento. Essa informação era registrada na prescrição fonoaudiológica, para conhecimento da equipe de enfermagem, e, também, no prontuário médico.

Quanto ao meu tempo de permanência na instituição, foi de duas a três horas por atendimento. Primeiramente, lia atentamente os dados de evolução no prontuário médico e da enfermagem; era informada oralmente pelo residente e/ou enfermeiras quanto ao estado geral e comportamento do paciente, principalmente se havia alguma intercorrência ou alteração do quadro.

Depois, realizava então o trabalho com a mãe e com o bebê, sempre avaliando a condição clínica deste - acompanhando suas respostas fisiológicas e autonômicas, antes e após a alimentação, por via oral ou por sonda.

Fazia parte da rotina fonoaudiológica, então, verificar a evolução dos dados vitais pela monitorização mecânica e clínica.

#### Parâmetros da monitorização mecânica:

- Frequência Cardíaca (FC) em RNPT: de 100-180bpm-batimento por minuto, variação considerada normal, sendo a comum 140-160; acima de 180 indica taquicardia; abaixo de 100, bradicardia. Na alimentação, deve-se ater à FC inicial e como esta se mantém durante e após.
- Saturação de oxigênio: é expressada em porcentagem. Em RNPT é considerada normal acima de 90%, isto é, entre 90% a 100%, também durante a alimentação.

#### Parâmetros da monitorização clínica:

- Frequência Respiratória (FR): em RNPT deve ser medida por um segundo, sendo considerada normal de 40-60 inspirações por minuto (ipm). Até 80ipm é aceitável, acima disso indica que o bebê encontra-se taquipnéico; abaixo de 40ipm, encontra-se bradipnéico.



- Qualidade respiratória: é observada nas mudanças que ocorrem na FR e na profundidade respiratória. O esforço respiratório repercute na FC e na forma do caminho aéreo.

#### Outros parâmetros que devem ser considerados:

- Esforço respiratório: os sinais podem ser: batimento das asas do nariz; retração entre as costelas (inter-costal), em cima das clavículas (supraclavicular), abaixo da margem das costelas (subcostal), na base do pescoço (suprasternal) e na margem distal do esterno (xifóide).
- Sons respiratórios na expiração e/ou na inspiração: a respiração normal é suave e tranqüila, já os sons respiratórios indicam problemas no caminho aéreo alto ou baixo e podem ser do tipo estridor, ofegante e gemido expiratório.
- Mudança no Padrão Respiratório (PR): é observado o movimento do tórax e do abdômen, caracterizando a sua configuração durante a respiração. Observa-se se o sincronismo está normal, sendo que o declínio inspiratório e o movimento balacim, que significa falta de sincronismo/anormalidade no mecanismo respiratório, é sinal de mudança no (PR). Algumas variações no (PR), isto é, na freqüência, na duração da inspiração, na expiração e pausa entre as respirações podem variar. Algumas delas são anormais e sugerem disfunção na regulação central da respiração. Em RNPT, podemos ressaltar: apnéia - interrupção da respiração com alguma duração, sendo normal por até 15 segundos e sendo considerado anormal por mais de 20 segundos, podendo estar associada à hipotonia, palidez, cianose e bradicardia; respiração periódica - em RNPT pode ser considerada normal, mas sugere uma dificuldade no controle do ritmo respiratório. O padrão é descrito com três ou mais pausas respiratórias com mais de três segundos de duração e com menos de vinte segundos de respiração entre as pausas.

- Coloração da pele: é considerada normal quando rosada. Deve-se observá-la na face - em volta dos lábios (circum-oral) e em volta dos olhos (circumorbital) - e nas extremidades dos membros superiores e inferiores - mãos e pés. As alterações podem ser: pálido - sugere baixa saturação de O<sub>2</sub> ou pobre perfusão e o RN pode se mostrar pouco resistente; fosco/cinzento - indica que se deve pesquisar patologia ou sobrecarga no sistema cárdio-respiratório; cianose oral ou orbicular - o tecido fica cinza ou azulado e sugere queda da saturação de O<sub>2</sub> e acontecimento agudo, com um período de apnéia com súbita queda da saturação; azul/ púrpura - indica agudo acometimento e necessita de suporte médico imediato; vermelho /ruborizado - durante a alimentação pode ocorrer devido à contorção e ao grunhido e pode estar associada ao choro. Não é indicativo de problemas cárdio-respiratórios e sim de esforço do RN nesta atividade. O estresse pode influenciar a alimentação.
- Sinais autonômicos de estresse: podem ser considerados moderados: suspirar, bocejar, espirrar, transpirar, soluçar, assustar, tremor, respiração ofegante, desligar/apatia. Podem ser considerados severos quando observados na alimentação: tosse, cuspir, vômito, aspiração do alimento, mudança na coloração da pele, pausas respiratórias e respiração irregular.

O trabalho foi registrado por escrito ao final de cada atendimento prestado à mãe, ao bebê ou a ambos, sendo também feitas algumas imagens, o que foi devidamente autorizado pela família e pelo hospital. Este recurso teve como objetivo possibilitar que o bebê fosse apresentado à família e também registrar os momentos em que a mãe foi se aproximando e entrando em sintonia com a filha, dando-lhe o que é essencial a sua existência - a amamentação. Também registrei trechos das reuniões com os especialistas e com as enfermeiras e os cuidados com a equipe para efetivar a aproximação mãe/bebê.

A intervenção durou cinco semanas, trinta e um dias, sendo, no total, dezoito atendimentos. O objetivo foi acompanhar a evolução clínica do bebê, até

o momento em que obteve eficiência na alimentação e a mãe mostrou-se em condição de alimentá-lo com segurança.

## **Apresentação do caso clínico**

### **A apresentação foi subdividida da seguinte forma:**

- Histórico da admissão no CTIP e evolução clínica
- Início da intervenção fonoaudiológica: primeiras informações colhidas junto à equipe
- Primeiros contatos com a mãe
- Atendimentos fonoaudiológicos: cuidados com a mãe e com o bebê
  - ✓ Do primeiro ao sexto atendimento: busca da estabilidade fisiológica do bebê e das condições para que a mãe começasse a dele cuidar
  - ✓ Do sétimo ao décimo segundo atendimento: primeiras experiências com a amamentação
  - ✓ Do décimo terceiro ao décimo oitavo atendimento: a efetivação da amamentação e o engajamento da equipe para a alta hospitalar

No final dos três últimos itens apresento análises que têm como objetivo ressaltar a importância do papel do fonoaudiólogo na equipe, não só no que diz respeito às questões relacionadas à técnica de manuseio para a alimentação, mas principalmente às questões de constituição e fortalecimento do vínculo mãe/bebê.

## 6. ESTUDO DE CASO

### Histórico da admissão no CTIP e evolução clínica<sup>24</sup>

S., um recém-nascido do sexo feminino, pré-termo de 30 semanas de idade gestacional calculada, tinha como peso ao nascimento 1200 gramas, o que, embora adequado à idade gestacional, é considerado muito baixo peso.

A mãe, L., tinha na ocasião 43 anos de idade, já tendo passado por três gestações, sendo este o terceiro parto, com sorologias negativas. É importante destacar também que, na ocasião, L. fazia uso de medicamentos psiquiátricos (haldol e tirofenona).

O parto foi uma cesárea de urgência, devido à pré-eclampsia. Anteriormente, a mãe foi medicada com duas doses de corticóide e sulfato magnésio. S. nasceu bem, cefálica, com bolsa rota no ato, líquido claro e obteve apgar 8/8. Apresentou dificuldade respiratória no segundo minuto, sendo ventilada por pressão positiva (VPP); como não apresentou melhora, foi entubada com 13 minutos de vida sob sedação e transportada para o CTIP.

No CTIP, S. foi então colocada em incubadora aquecida, com ventilação assistida e cateter umbilical. Com duas horas de vida, recebeu uma dose de surfactante. No terceiro dia de vida, foi extubada, permanecendo em CPAP, sendo suspenso o antibiótico com hemoculturas negativas e feito ataque de cafeína. Nessa ocasião, apresentou algumas apnéias, porém sem maiores repercussões. No quinto dia ficou em ar ambiente, e como apresentou conjuntivite, foi medicada por sete dias. Evoluiu sem intercorrências, com bom ganho de peso, e por assim permanecer após uma semana, com 17 dias de vida, recebeu alta do CTIP para o berçário, pesando 1385g e fazendo uso de sonda orogástrica. Apresentou ultrassom (US) transfontanela normal, o que significa que foi visualizada a imagem dessa estrutura.

---

<sup>24</sup> Todas as informações deste item foram obtidas no Prontuário Médico do bebê.

## **Início da intervenção fonoaudiológica: primeiras informações colhidas junto à equipe**

Comecei a acompanhar o caso na CTIP quando S. estava com treze dias. Como se apresentava estável quanto ao quadro clínico, a equipe estava muito tranqüila, sendo que os procedimentos seriam os de rotina, isto é: higiene; alimentação por sonda orogástrica; controle de temperatura; coleta de dados vitais; manutenção da monitorização cardíaca e da saturação; observação de posicionamento e mudança de decúbito. Não havia indicação para novos exames complementares, sendo que seria dada continuidade à medicação (cafeína) em uso.

Havia, porém, um novo dado. Segundo a equipe de plantonistas, pela segunda vez, o bebê ficaria sem um nome, pois no final de semana, durante a visita, a mãe informara que iria trocá-lo novamente.

No final da passagem de plantão, percorri a CTIP pelo corredor central e me aproximei da incubadora de S. Pude ver então uma menina muito pequena e graciosa, tranqüila, movimentando-se com suavidade. Assim como os outros recém-nascidos, estava em um ninho que a acolhia confortavelmente, sendo que havia um pano sobre a incubadora para controlar a luminosidade (o fundo vermelho e a parte de cima branca) que proporcionava um ambiente à meia luz, um efeito muito protetor e que, ao mesmo tempo, ressaltava a vitalidade de S. Estava muito bem posta e procurei então saber quem estaria cuidando dela naquele plantão de enfermagem.

Aproximei-me da enfermeira e iniciei uma conversa. Com a intenção de colher dados sobre minha paciente, comentei que havia tido uma boa impressão do CTIP, percebia que o ambiente estava bem cuidado (isso do ponto de vista físico e funcional, do material e da disposição dos leitos) e, ao mesmo tempo, agradável e tranqüilo; os bebês estavam cada um de uma maneira, bem posicionados nos leitos, e ressalttei que S., em especial, havia chamado minha atenção, pois o seu posicionamento era feito com rolinhos, o que lhe proporcionava um anteparo tanto firme, seguro como muito aconchegante, e que

estava usando, de maneira bastante organizada, a postura flexora, além de ser uma menina muito bonita.

A enfermeira me relatou que na CTIP, de fato, todos cuidavam bem dela, mas a mãe a visitava pouco, talvez devido aos problemas psiquiátricos que apresentava. Perguntei qual era o nome da menina e ela disse que a chamava de S - ela já havia se chamado MF e também V, mas a enfermeira gostaria mesmo que se chamasse S, e como a mãe não decidia por um nome, talvez aceitasse esse que ela escolhera.

Ressalto aqui um dado muito importante para compreendermos o funcionamento de equipes multidisciplinares. Pelo fato de esse recém-nascido ser pouco visitado pela mãe, a psicóloga da equipe fez um trabalho de orientação com os profissionais envolvidos no caso, em especial com a enfermagem, alertando para a necessidade de acolhê-lo e, também, a mãe.

Naquele momento, de fato, especialmente durante os cuidados de higiene e alimentação, constatei que S. tinha sido muito bem acolhida pela equipe de enfermagem. A enfermeira responsável mostrava-se bem à vontade, envolvida pelo ritmo de S., segurando-a e conversando com ela de maneira calorosa, dizendo que ela era muito bonita, tranqüila e espertinha.

Em reunião com a psicóloga da equipe, a impressão que esta me passou da mãe foi a de que se tratava de uma pessoa inconstante, com “mania de perseguição”; segundo a profissional, L. havia chegado a verbalizar que a pré-eclampsia havia sido devido ao fato de terem colocado sal na sua comida sem que ela visse.

A psicóloga também me informou que L. havia sido camelô, iniciado universidade de bibliotecária e também funcionária em uma escola pública, sendo desta afastada e aposentada devido ao seu comportamento. Ela era facilmente impressionável, e por essa razão, caso eu começasse a atendê-la, a psicóloga me orientou a colocar claramente o objetivo do tratamento, para assim evitar desconfiâncias e “possíveis fantasias”.

L. vinha participando das reuniões com os pais, e a psicóloga se preocupava com o fato de estar muito calada; reforçava sempre a necessidade de a mãe retornar ao psiquiatra, para o controle dos medicamentos.

Já a assistente social, que coordenava a reunião de pais com a psicóloga e a pediatra, me relatou que já vinha acompanhando a mãe desde o pré-natal, que sabia de suas dificuldades e vinha procurando dar-lhe um suporte para que conseguisse se organizar e continuasse vindo ao hospital, por exemplo, fornecendo passes de ônibus para que ela e o marido visitassem a filha. De qualquer forma, os esforços iriam se somar para que permanecesse participando das reuniões de pais, sempre duas vezes na semana. A assistente social preocupava-se com o fato de L. estar muito calada, pois poderia estar muito triste e deprimida

Segundo os profissionais da equipe, a mãe realmente não visitava a filha regularmente, como se não fosse necessária ali, no CTIP, e sendo assim, a criança parecia correr alto risco de abandono. O coordenador do CTIP, então, frisara para a mãe que a menina estava muito bem e que ela precisava muito dela, que a segurasse, cheirasse, conversasse, ficasse na UTIP com a filha e lhe desse seu leite.

Com relação ao objetivo em comum da equipe, a psicóloga me reportou que todos deveriam favorecer que a mãe se tornasse mais presente na instituição. E com relação à minha atuação especificamente, deveria seguir essa orientação, incentivando a mãe a estar presente na reunião de pais e também dedicar-me aos cuidados com a alimentação do bebê, a serem iniciados pela mãe através da amamentação.

### **Primeiros contatos com a mãe**

Combinei com a secretária do CTIP que fizesse contato com a mãe, quando esta fosse à unidade, para apresentação do meu trabalho e que a convidasse a dele participar. Três dias depois, L. foi informada que a fonoaudióloga queria falar com ela.

Fui ao encontro dessa mãe, que estava em uma sala dentro da unidade; abri a porta, cumprimentei-a e certifiquei-me de que se tratava de L. Ela estava sentada em uma poltrona, sendo ordenhada por uma enfermeira. Apresentei-me como fonoaudióloga pesquisadora e disse que precisava falar com ela, se poderia ser durante a ordenha ou se gostaria que fosse depois, pois poderia esperá-la. Com aparente tranquilidade, olhando-me, a mãe demonstrou interesse, disse que poderíamos conversar e que estava me esperando. Perguntei então se estava tudo bem com a ordenha, e ela respondeu que, no momento, sim, porque a enfermeira a estava ajudando e era muito difícil fazê-lo sozinha, sentia-se muito cansada, dava um “trabalhão e só saía um pouquinho”.

Disse a L. “que bom que a enfermeira a está ordenhando, ela está sendo um verdadeiro anjo da guarda seu, tira seu leite, vocês conversam enquanto isso... e qualquer gotinha de leite que você conseguir tirar em casa pode saber que ajuda”. Com essa fala, busquei fazê-la sentir que estávamos preocupados em cuidar dela, e completei: “é bom sabermos que podemos contar com os outros quando precisamos”. A mãe então falou: “não somos nada sozinhos”. Continuei dizendo que, pelo que eu conhecia, as enfermeiras da unidade a ajudariam sempre que precisasse, e L. respondeu que sabia, pois era sempre bem recebida por todas e agradeceu a enfermeira quando esta acabou o manuseio na sua mama. A enfermeira acompanhou todo o diálogo, agindo de forma natural, com interesse e simpatia.

Comecei então a me apresentar. relatei que vinha trabalhando há muito tempo com bebês de alto risco, já há vinte anos, e nesse período atuei em algumas instituições, implantando e coordenando o tratamento fonoaudiológico voltado para esses bebês e suas famílias; sempre estive muito envolvida com esse trabalho e também na sua divulgação, dando aulas sobre o tema, participando em congressos como conferencista. Esse percurso foi me direcionando para a vida acadêmica, e me tornei coordenadora de um curso de pós-graduação nessa área de atuação. No Hospital Governador Israel Pinheiro IPSEMG – Instituto da Previdência dos Servidores Públicos de Minas Gerais, tinha trabalhado por cinco anos com a equipe da pediatria e, no momento, estava ali de



novo, para fazer a pesquisa junto aos bebês e a suas mães. No momento, vinha realizando uma pesquisa na área, como parte do meu mestrado, e gostaria de convidá-la a participar, pois ela poderia, com isso, ajudar outras mãe e outros bebês. O meu objetivo junto a ela era ajudá-la a se sentir segura durante os cuidados com a filha, principalmente em relação à alimentação; e com o bebê, os cuidados agora seriam voltados para que iniciasse o desmame da sonda e a sucção no seio.

L. disse que estava assustada, queria saber se a sua filha tinha algum problema, pois tinha uma sobrinha que fazia tratamento com fonoaudióloga e tinha muitos problemas; era uma complicação para a família, que estava sempre a levando aos tratamentos. Disse que podia imaginar que sim, mas que, com os bebês, nesta área, o tratamento abordava também a prevenção, como acontece em todas as áreas de saúde. Ressaltei que a evolução dos conhecimentos leva a medidas preventivas, e nesse aspecto, ambas, mãe e filha, seriam atendidas. O tratamento era para que o desmame da sonda acontecesse gradualmente, evitando um esforço do bebê, e para que S. pudesse, na medida de seu desenvolvimento, aperfeiçoar a coordenação da sucção, deglutição com a respiração, e sugar no seio.

A mãe concordou em participar da pesquisa; entreguei-lhe o termo de compromisso e combinamos que traria a resposta na sua próxima visita. Tive a preocupação de dar um tempo a ela, para que pensasse, e não modificasse o seu ritmo de trânsito na instituição. L. combinou que o seu retorno seria após cinco dias, quando viria ao hospital para visitar a filha e para a reunião de pais e traria então o termo de compromisso. Afirmei que estaria buscando o documento no CTIP, nessa data, no horário da reunião dos pais.

## **Atendimentos fonoaudiológicos: cuidados com a mãe e com o bebê**

- **Do primeiro ao sexto atendimento: busca da estabilidade fisiológica do bebê e das condições para que a mãe começasse a dele cuidar**

### **Primeiro atendimento**

No dia e horário combinados, fui ao CTIP. A secretária me informou que o documento estava com ela, que a mãe já o havia assinado e estava preocupada porque eu não havia chegado. Esclareci que havia um engano por parte da mãe, pois estava combinado que eu chegaria ao hospital naquele horário e que poderíamos conversar depois da reunião de pais. Fui comunicada que S. havia sido transferida para o berçário há quatro dias e que poderia ter ido para um apartamento com a mãe, mas esta estava resistente à reinternação. Mais tarde, pela assistente social, soube que um dos motivos alegados pela mãe era o fato de não ter com quem deixar as outras duas filhas (de outro casamento); teria medo que o pai dessas crianças as tomasse devido à sua permanência no hospital, pois ele não aceitaria que suas filhas ficassem com seu atual marido.

Nesse dia, como combinado, estive com a mãe após a reunião, novamente quando ordenhada pela enfermeira coordenadora do andar. Conversamos rapidamente sobre o nosso desencontro, para esclarecê-lo; disse que já havia estado no berçário, que a sua filha estava bem e se ela estaria presente no horário da próxima dieta. L. respondeu que não, pois precisaria ir embora depois da ordenha; estava muito cansada e não via a hora de não precisar sair tanto de casa. Ficou então acertado que nos encontraríamos no berçário no dia da próxima reunião de pais, que seria dois dias depois deste nosso encontro.

Quanto à S., estava com 33 semanas completas, no quarto dia de internação no berçário, após CTIP e isolamento devido à infecção. A dieta estava sendo oferecida por sonda orogástrica (SOG), variando a FR entre 44-64ipm e a FC entre 140-160bpm. O padrão respiratório era periódico, e para evitar a pausa

prolongada e a apnéia, estava sendo usada cafeína. S. apresentava-se mais sonolenta, com pouco interesse na SNN, mesmo quando manuseada durante os cuidados de higiene, mudança de decúbito e posicionamento antes da dieta por sonda; durante a dieta por SOG, permanecia organizada na postura flexora, aceitava a aproximação mão/boca, mas permanecia sonolenta.

Nesse momento orientei a equipe a adotar a seguinte conduta: controlar a luminosidade; manter posicionamento com uso dos rolinhos e mudança de decúbito; estímulo à SNN, durante o horário da dieta e nos intervalos, quando com sinal de irritabilidade e choro, com aproximação da mão/boca; tomar medidas anti-refluxo.

### **Segundo atendimento**

Neste segundo atendimento, no início do plantão da manhã/dieta das 9h00, fui ao encontro de S. e da equipe. A mãe havia anunciado que voltaria na instituição no dia da reunião de pais.

S. estava então com vinte e dois dias de vida, ou seja, 33 semanas e um dia, pesava 1470g, apresentava FR entre 48-56ipm e FC entre 150-160bpm. Embora na rotina hospitalar, usualmente, o parâmetro para o início da sucção nutritiva seja a partir de 34 semanas de IG e peso acima de 1500g, optei por dar início a esse procedimento. Apesar da pouca idade e estando sonolenta, observei que S. apresentava uso organizado da postura global flexora e estava sem sinais de esforço respiratório; seria, pois, capaz de coordenar uma pequena quantidade de leite em um fluxo lento. Assim, com o treino da SN, pude proporcionar a ela uma vivência mais prazerosa com a boca. O material utilizado foi uma zaragatoa com SWAB<sup>25</sup>, sendo que tive o cuidado de, inicialmente, apenas umedecê-la no leite e oferecê-la para sucção. Antes do procedimento, o bebê foi manuseado para os cuidados de higiene e foi verificada a presença de estase gástrica.

---

<sup>25</sup> Trata-se de um material esterilizado, com a forma de cotonete, porém a sua haste é longa e é utilizado na pediatria para fazer pesquisa de colonização ou infecção por micro-organismo na pele ou no sítio.

Depois de colocada em decúbito ventral, S. facilmente assumia a posição flexora - isto é, a cabeça encaixada direcionava-se para frente, os ombros arredondados, os braços flexionados e próximos ao tronco, a pélvis elevada em posição neutra, os membros inferiores flexionados e simétricos com os joelhos em contato com o colchão e, finalmente, os pés com discreta rotação interna, estando um em contato com o outro. Tudo isso demonstrava a sua organização sensório-motora.

Fui então iniciando o treino da sucção nutritiva dentro das possibilidades do sistema cárdio-respiratório de S., graduando o uso da sua força muscular em direção à linha média. Os parâmetros seriam a sua FR, a sua FC, a sua qualidade respiratória, a manutenção da organização motora global em flexão, o seu estado de consciência e os componentes da sucção, deglutição e respiração.

Devido à sonolência e à resposta em sucção irregular de S., busquei uma forma de aumentar essa resposta sensório-motora pela estimulação sensorial. A mão de S. percorreu seu rosto e, então, aproximei-a de sua boca. Introduzi a SWAB umedecida no leite, deslizando-a, com movimentos curtos e lentos, em direção à gengiva. Fiz então o mesmo estímulo do outro lado e aguardei uma resposta. S. abria e fechava a boca, com pouca pressão nos lábios, mascando; esse movimento evoluiu para uma resposta em procura da cabeça para os lados, de pouca duração.

Ofereci para sucção a SWAB umedecida no leite, o estímulo entra na cavidade intra-oral, sem tocar diretamente a língua, mas com leve pressão nas papilas, localizadas no palato duro. S. iniciou a resposta em sucção com pouca pressão intra-oral, lenta e com os ciclos pequenos, mas rapidamente mudou para uma sucção rítmica, com ciclo prolongado, sendo 10-18 sucções e boa pressão intra-oral, pois ouvia-se sons de estalos. Sugou durante três minutos a SWAB umedecida, que lhe ofereci três vezes. A dieta pela SOG foi iniciada durante o estímulo oral, sendo programada para correr em 50 minutos. S. manteve os olhos entreabertos, pois estava sonolenta, porém, a sucção estava rítmica, e os parâmetros da FR e da FC, dentro da normalidade, bem como a organização

motora global, com o aumento da atividade flexora. A pouca resistência de S. e o seu limiar de funcionalidade foram então revelados pelo batimento das asas do nariz, como sinal de um discreto esforço respiratório.

Diante disso, a conduta que sugeri à equipe foi de iniciarmos o treino da sucção nutritiva no horário da dieta por SOG, quando, com boa atividade, o volume seria de 1,0 ml, oferecido em mais ou menos três minutos, com a RN sendo posicionada em decúbito lateral direito, com a cabeça mais elevada que o quadril. Isso é comumente oferecido pela inclinação da bandeja da incubadora, porém, no momento do estímulo, seria reforçado, pois o corpo de S. seria contido por uma das mãos. Assim, ela ficaria com a sua cabeça e o seu tronco superior um pouco elevados do colchão, porém tendo-se o cuidado em mantê-la, pelo manuseio, com o tronco estável, e pelo uso dos rolinhos, com os braços e as pernas organizados em direção à linha média, para assim manter a estabilidade geral.

### **Terceiro atendimento**

Nesse dia, fui ao encontro de S. e de sua mãe, pois ela era aguardada por mim no berçário no final da manhã - dieta das 12h00.

S. estava com 33s e 2 dias de IGC, sendo este o seu sexto dia de internação no berçário. Pesava 1500g, com FR 44-62bpm, FC 144bpm, sem relato de estímulo à sucção nutritiva no decorrer do plantão anterior. A mãe estava presente, sentada em frente à incubadora.

Observei que havia um frasco de leite materno retirado. Aproximei-me de L. e passamos a conversar. Contei que sua filha estava sugando um pouco de leite, e que havia feito isso no dia anterior com bastante vontade. Olhei para S. dentro da incubadora e depois para mãe e disse: “S. é muito graciosa... Quando ela nasceu, assim bem pequenininha, você imaginou que ela fosse assim, já toda perfeita?”. E L. respondeu que teve medo de que ela não vingasse. Falei então: “Mas ela está aqui, e tem estado bem”.

No horário da dieta, L. estava com a sua filha no colo. S mostrava-se bastante sonolenta, e pude então fazer o estímulo com a SWAB embebida no leite. Ela aceitou 0,5 ml de leite, fazia de três a quatro movimentos de sucção seguidos de deglutição, por mais ou menos três minutos. Observei que a mãe foi acolhedora com a filha – recolheu-a entre os seus braços e observou a sua sucção. No decorrer do procedimento, prestávamos atenção em S., e L. pôde concluir quando ela estava saciada, perdendo o interesse por sugar; às vezes, eu reforçava que deveria mantê-la daquela maneira, bem junto ao seu corpo, encaixada. Parte da dieta foi oferecida com a RN no colo da mãe, que a certa altura disse que teria de ir embora.

A conduta foi mantida: deveria ser feito o treino da SN nos horários das dietas, por até cinco minutos, quando a RN estivesse receptiva e a monitorização dentro dos parâmetros típicos. A equipe concordou, estando ciente da evolução de S.

Reforcei para a mãe que, no dia seguinte, estaria no berçário, mas ela não confirmou se visitaria a filha, pois também estava envolvida com outras preocupações.

#### **Quarto atendimento**

No turno da tarde, fui ao encontro de S. No relato verbal de sua evolução clínica, a enfermagem informou-me que a mãe havia visitado a filha pela manhã.

S. estava com 33s e 3 dias de IGC, sendo este o sétimo dia de internação no berçário; pesava 1540g, apresentava FR 52-56bpm e FC 140bpm, sem relato de estímulo à sucção nutritiva no decorrer do plantão anterior. Antes de ser iniciada a dieta pela SOG, fiz um manuseio global com o objetivo de organizar a postura flexora de S.. Ofereci-lhe a chupeta, e ela sugou ritmicamente por aproximadamente três minutos, encaixando a cabeça e trazendo os MMSS em direção à LM.

Neste dia, reuni-me com as duas enfermeiras que estavam responsáveis pelos bebês isolados, para buscar maneiras de aproximá-las da mãe e compreender as necessidades de S. Conteí-lhes como havia sido a minha entrada no caso e também como fui constatando o acolhimento por parte dos profissionais no CTIP para com o bebê, buscando maneiras de mostrar que valia a pena investir nele e também na dupla. As enfermeiras puderam, então, expressar as suas impressões sobre S. e L., mas, segundo elas, pela atitude da mãe com a sua filha, ainda mantinham dela certo distanciamento. Uma das enfermeiras foi incisiva e expressou que a mãe era quem deveria estar lá, cuidando e olhando pela menina. Respondi que isso seria o ideal, mas que L. estava com dificuldades e, sendo assim, não podia estar diariamente com a filha.

Aguardaria, então, poder encontrar com a mãe na próxima semana, no horário da segunda dieta da manhã.

### **Quinto atendimento**

S. estava com 33s e 6dias, pesando 1640g, e apresentando FR 51ipm e FC 160bpm.

Neste atendimento, durante o manuseio e treino da sucção nutritiva, pude observar por parte de S. um aumento da força em direção à LM e uma resposta em procura com maior abertura da boca, estando a língua direcionada para o meio externo, englobando o estímulo.

S. iniciou a SN com ritmo, preensão forte e amplitude de mandíbula. Observei, ainda, melhora na qualidade respiratória, sendo que ela não apresentava batimento das asas do nariz, respirava mais profundamente, expandindo a caixa torácica. A conduta prescrita no prontuário médico (com dados da evolução clínica) e também na prescrição médica e fonoaudiológica dirigida à enfermagem foi de mudar a sonda para nasogástrica, e quando a mãe viesse visitar a RN, dar início à sucção no seio, oferecendo apenas uma mama por cinco minutos e, caso evoluísse bem, oferecer o seio até duas vezes ao dia.

Ficou estabelecido verbalmente na reunião clínica que caberia a enfermagem ajudar e acompanhar a dupla na amamentação. Também o residente estaria presente na avaliação do estado geral de S., observando se a mãe estaria bem. A equipe clínica do berçário e a secretaria da unidade estavam cientes que a fonoaudióloga retornaria para o próximo atendimento no dia da segunda reunião de pais na semana, ficando essa conduta anotada. A mãe seria informada.

### **Sexto atendimento**

S. estava com 34s e 2 dias, pesava 1720g e apresentava FR46-48ipm, FC145-180bpm, caracterizando uma taquicardia, segundo evolução médica a esclarecer. Este foi o segundo dia de seio materno, sendo que a mãe relatou que, no dia anterior, o bebê tinha pegado e sugado bem, mas neste dia estava desinteressado, talvez porque, segundo L., havia chegado para amamentar quando a dieta já havia começado a correr pela sonda.

De fato, quando cheguei, a mãe já havia oferecido a mama e estava com S. recebendo a dieta por sonda, no seu colo. Perguntei a L. o que gostaria de fazer, pois senti que estavam desconfortáveis - talvez a mãe estivesse sentindo insegurança, mas observei que S. estava bastante sonolenta e desorganizada em seu colo, o que poderia significar uma sobrecarga durante a alimentação; o estresse e o fato de a RN estar muito solta, com o tronco superior flexionado, poderiam fazer com que o leite refluísse. A mãe pôde dizer, então, que gostaria de colocar a filha na incubadora, pois já estava no horário de ir embora. Disse que estava bem, concordei que S. estava de fato sonolenta e me dispus a ajudá-la a colocar a menina na incubadora, lembrando que, no dia seguinte, estaria no berçário no horário da amamentação e poderia ajudá-la e que iria procurar deixar seu bebê confortável na incubadora, recebendo o alimento, para que a dupla se encontrasse no outro dia.

Segundo a enfermagem que ajudou L. na amamentação, a mãe estava muito sem jeito com a filha e a colocava distante da mama. Quanto ao



quadro clínico, a equipe médica avaliou que S. estava mais preguiçosa e sonolenta e que, no dia anterior, pôde ser amamentada sem a sonda, que foi posteriormente passada.

Neste dia pude combinar com a mãe de nos encontrarmos no outro dia, sendo o horário da dieta previamente agendado; estaríamos presentes com uma antecedência de quarenta minutos, pois S. poderia manifestar fome antes e assim teríamos tempo suficiente para cumprirmos a rotina de lavagem das mãos e as de S. antes de ser amamentada.

## **Análise**

Na situação em particular dessa mãe, percebi que a sua postura precisava ser respeitada, pois certamente estava com dificuldades para se aproximar de sua filha. Isso significa que precisava, também, de cuidados para que fosse gradativamente se aproximando do bebê e aí sim pudesse desenvolver uma relação mais natural com ele.

Nestes primeiros momentos, procurei mais observar a mãe e mostrar-me disponível para que ela se colocasse. Assim, ela pôde me revelar toda a sua indisposição para estar presente na instituição. Apenas ouvi seu relato, pois meu objetivo era que ela se sentisse acolhida da maneira como se apresentava, sem julgá-la e sem exigir que cumprisse horários previamente agendados. Desta maneira, disponibilizei o meu horário para estar com ela nos momentos em que pôde visitar a sua filha.

Isso nos remete a Winnicott (1985), quando ressalta a idéia de que a tarefa de ser mãe é impossível de ser ensinada. Portanto, coube a nós, profissionais envolvidos no caso, cuidar do entorno dessa mãe, para não atrapalhar o que pudesse vir a acontecer naturalmente.

Em relação ao bebê, optei por orientar a equipe no sentido de favorecer, segundo o modelo Síncrono-ativo (Als, 1986), a manter em curso a organização dos subsistemas fisiológicos e ajudar S. nas estratégias de auto-regulação, pelo uso modulado do tônus flexor, aproximação da mão/boca e da resposta em SNN e

facilitação da diferenciação sono/vigília, evitando o retraimento, devido à luminosidade excessiva.

Ressalto que fui organizando a rotina de atendimento de maneira a poder estar com a dupla mãe-bebê e com a equipe clínica, tendo em mente que seria importante discutir com esta a evolução do caso para o estabelecimento de condutas.

Neste momento, observei que o bebê pôde demonstrar a sua possibilidade do uso funcional da boca, dentro do seu nível de maturidade neuromotora e do seu sistema cardio-respiratório; sua resistência era baixa, provavelmente devido ao seu baixo peso e a pouca quantidade de tecido adiposo. O manuseio e a estimulação sensório-motora na região da face e depois na cavidade intra-oral teve como objetivo adequar a sensibilidade e aumentar a resposta motora. O manuseio acompanhava a movimentação de S., o que ia garantindo o seu alinhamento biomecânico e a modulação do seu tônus. Com isso, foi possível garantir a sua estabilidade fisiológica, pois modulava os estímulos considerando o nível de estresse de S. pelos sinais de aproximação ou retraimento. Assim, o manuseio possibilitou a organização global e o controle do fluxo de leite para que facilitasse a sincronia da sucção/ deglutição/ respiração.

S. apresentou e pôde usufruir uma melhor qualidade respiratória, treinou a SN e manteve os dados vitais estáveis e o sistema autônomo, possibilitando a organização do comportamento motor no nível de seu amadurecimento (Als, 1986). Essa evolução foi garantida pelo fornecimento de estabilidade no tronco do bebê, durante a atividade funcional de alimentação (tratamento neuroevolutivo-conceito Bobath).

O manuseio fornece estabilidade ao tronco do bebê e ele responde potencializando a ação da musculatura abdominal. Esse requisito facilita o uso do diafragma na respiração/inspiração, o que possibilita o aperfeiçoamento da função de alimentação. A aquisição de maior resistência vem sendo garantida no processo, evitando a fadiga, a conservação da energia, sendo então menor o gasto que a entrada calórica. Desta maneira, o bebê ia apresentando uma curva

de ganho de peso ascendente e uma atividade funcional no nível do de seu neuro desenvolvimento.

- **Do sétimo ao décimo segundo atendimento: as primeiras experiências com a amamentação**

### **Sétimo atendimento**

S. estava com 34s e 3 dias e pesando 1770g. Presente, a mãe oferecia o seio à filha com muita naturalidade. Fiquei, apenas, observando a dupla.

Anunciei que marcaria o tempo de sucção, que foi de nove minutos, com pequenas explosões de sucção; isto é, S. fazia entre 3-5 sucções por explosão, seguida de múltiplas respirações. No final, permanecia no colo de L. e, com os lábios entreabertos, abocanhava e soltava o seio, explorando a mama e usufruindo dessa experiência. O desejo da mãe era de que a menina sugasse mais. Disse-lhe que também esperávamos isso dela, que eu a compreendia e que sabia que o bebê dela iria chegar lá.

Perguntei à mãe se gostaria de registrar aquele momento com uma fotografia; ela se excitou, disse que não estava arrumada, mas olhou para S. com ternura. Incentivei-a, dizendo: “você está bem, natural, olha, acho que é uma oportunidade de registrar esse momento seu e de seu bebê; e você tem a opção de, se não gostar, rasgar”. Perguntei: “Sua família já conhece S.?” L. disse que não. “Estão curiosos? Você gostaria que a conhecessem por foto?” A mãe sorriu, aprovando minha sugestão. Comecei fotografando o bebê e depois a dupla e, em seguida, mostrei as fotos na tela da câmera. L. pareceu satisfeita, acho que não só pela foto em si, mas pela possibilidade de levar a imagem de seu bebê para a casa e poder compartilhar em família e com as outras filhas, mostrar como estava crescendo e a maneira como estava sendo cuidado.

Durante a sucção, S. apresentou FC171-174, com saturação entre 91-99. Colocada na incubadora, apresentou queda da saturação persistente por

aproximadamente 20 minutos, até 84, sem cianose e com pausas respiratórias de até oito segundos. A conduta da equipe médica foi de reforçar as condutas anti-refluxo e observar constantemente a RN durante a alimentação.

Importante informar que a mãe tinha pouca disponibilidade de estar no hospital aos finais de semana, por causa da sua rotina familiar. Comunicava que viria amamentá-la, mas não poderia marcar com antecedência o dia da sua visita a S. nos finais de semana.

Busquei agendar o acompanhamento da amamentação no final de semana e ficamos de nos falar no sábado, para confirmar um horário no domingo, mas não houve possibilidade para mãe de agendar um horário. Por telefone, conversei com uma tia de S., que se mostrou bastante envolvida e interessada em ajudar L..

### **Oitavo atendimento**

S. estava com 34s e 6dias, pesando 1850g. Como persistiam as quedas de saturação durante a dieta, optei neste atendimento em posicioná-la em decúbito ventral e oferecer a chupeta para sucção enquanto corria a dieta por sonda; assim, pude observar a evolução e também discutir com a equipe para estabelecer a conduta de tratamento.

O preceptor/coordenador do berçário sugeriu que tínhamos de preparar S. para alta e aumentar o número de sucções no seio. Sugeriu que, diante das possibilidades da mãe, seria bom se pudéssemos verificar, primeiro, se ela poderia vir mais vezes e, ao mesmo tempo, também ser participada das necessidades de seu bebê, de aumentar a experiência de SN. Não havendo possibilidade de a mãe amamentá-la mais vezes ao dia, seria iniciado o uso da *chucca* e/ou do copinho. Combinamos também que a residente ou o preceptor teriam essa conversa com a mãe e, também, se a clínica permanecesse estável, S. passaria para o berço. Com isso, buscávamos que a enfermagem tivesse mais fácil acesso ao bebê e pudesse conversar com ele, carregá-lo e tocá-lo. Além

disso, é sempre bom para a mãe ver que a filha está no berço e não mais no ambiente de difícil acesso da incubadora.

A equipe clínica do berçário e a secretária da unidade estavam cientes que a fonoaudióloga retornaria para o próximo atendimento no dia da segunda reunião de pais na semana, e naturalmente comunicariam essa informação à mãe.

### **Nono atendimento**

A mãe esteve presente a uma das reuniões de pais da semana e depois esteve com S. no berçário.

S. estava com 35s e 3 dias, sendo este o trigésimo sétimo dia de vida, e pesava 1940g.

Retornei ao berçário após três dias, sendo que, em contato telefônico feito no dia anterior, soube que S. estava sem sonda, aceitando a dieta por sucção na *chucca*, sendo que, em alguns horários, a dieta lhe era oferecida antecipadamente devido ao choro e à manifestação de fome. S. estava mantendo as quedas da saturação após a dieta, e a mãe não compareceu para visitá-la, avisando que estaria presente no outro dia, na reunião de pais, pois estaria providenciando documentos.

De fato, encontrei L. no berçário, sentada próxima ao berço; S. estava dormindo e a mãe aguardava para amamentá-la; disse a L. que logo estaria com elas, isto após ter me aproximado e observar que estavam bem.

Fui então para a reunião clínica. O preceptor estava reunido com os residentes para a discussão dos casos clínicos internados. Todos demonstraram interesse em discutir o caso L., sendo que a questão que mobilizava a equipe era quanto à alimentação. Fui solicitada a dar meu parecer de especialista quanto à melhor forma de desmame da sonda, se, quando não amamentada, deveria ser utilizada mamadeira ou copinho. De fato, nesse momento, essa questão era bastante pertinente, pois os cuidados estavam voltados para o bem estar do bebê,

da dupla. Quanto à alta hospitalar, os profissionais envolvidos seguiram informando que ela se daria com a presença da mãe, do pai e de uma tia (irmã do pai que já vinha ajudando nos cuidados com as outras filhas). Segundo relato da psicóloga, o conteúdo da dificuldade da mãe em acolher aquele bebê e também no seu casamento estava presente na manifestação do desejo de L. de dar a filha ao pai e de dele se separar.

Quanto à evolução da sucção e da dupla nos últimos quatro dias, fui informada que, no primeiro dia, S. aceitou os 10ml de leite por via oral; no segundo, a quantia foi aumentada para 20ml, sendo oferecida em uma *chucca* com o bico redondo. A equipe havia iniciado a sucção em *chucca* e estava insegura quanto às características do utensílio utilizado, quanto ao tamanho do furo, formato do bico, material e o volume total da dieta completado pela sonda. No terceiro dia, a SNG foi retirada, pois a mãe estava presente e deveria amamentar a filha, com livre demanda durante as dietas do dia. Segundo a residente, houve apenas uma boa amamentação, a primeira do dia, sendo que, embora estivesse presente nos outros horários, a mãe não parecia disponível para a filha; diante disso, a residente então optou por prescrever na rotina do dia que a dieta fosse oferecida pelo copinho.

Quanto ao quadro clínico, persistiam as quedas da saturação apenas após as dietas, sendo então afastados outros diagnósticos. Permanecia na clínica a suspeita de diagnóstico RGE, e a equipe optou então em iniciar com a medicação e observar a evolução. Outro aspecto preocupante eram episódios de aumento da FC, permanecendo entre 160-180 por alguns períodos do dia.

Coloquei à equipe que, a princípio, considerava que a melhor forma de desmame da sonda seria via amamentação; porém, tínhamos de contemplar as necessidades da mãe e as do seu bebê, bem como acompanharmos o ritmo dessa dupla. Por exemplo, a mãe mostrava-se segura? A quantidade de vezes que podia estar com a filha, amamentando, era suficiente? Se S. permanecia nos outros horários mais sonolenta e pouco disponível para a sucção, então qual seria a conduta? Essas interrogações foram compartilhadas com a equipe para aproximação e análise da problemática. Mas, no geral, a tendência era o bebê

evoluir, adquirindo resistência, mantendo o ganho de peso, dando sinais de fome, ficando alerta; e, se estivesse bem clinicamente, poderíamos programar a reinternação da mãe e continuar ajudando-a a se sentir segura com a sua filha.

Ressaltei, ainda, que quando iniciamos o desmame pela amamentação, a mãe deve estar se sentindo segura nos cuidados com a sua mama, não a oferecendo muito cheia a um bebê que facilmente pode entrar em fadiga, para assim facilitar a adequada sincronia da sucção, deglutição com a respiração. O volume grande e o seu fluxo rápido podem levar à fadiga e à incoordenação. A mãe deve poder estar no ritmo do bebê.

Esses foram alguns dos parâmetros que apresentei à equipe como possibilidades de ajuda à mãe de S.

A equipe também questionou se existe no mercado algum bico que seja ortodôntico, e se o *NUK* não seria o melhor a ser usado. Todos os profissionais se mobilizaram, então, para verificar que tipo de bico estava sendo usado no hospital e qual deveríamos selecionar para quando a mãe de S. não estivesse presente. Pensamos em usar um bico redondo, com furo pequeno e, se encontrássemos um com o bojo maior, experimentaríamos.

Depois da reunião, pude estar com L., que já estava amamentando a filha, oferecendo-lhe a segunda mama. Observei que S. sugava usufruindo um bom controle oral - sua boca englobava a aréola e as bochechas contraíam vigorosamente. A mãe estava envolvida com a alimentação, olhava para S. no seu colo. L. pôde dizer como aquele bebê a estava surpreendendo, ganhando peso, sugando bem. Relatou-me, com pesar, que se encontrava insegura quanto a sua produção de leite, talvez fosse pouca, mas que nos primeiros dias após o nascimento tinha muito leite, mas estava em casa e teve de tirar o colostro e jogá-lo fora. Falei então: “noto que, até hoje, você tem tristeza por ter jogado fora o leite dessa época, quando o seio parecia ter muito leite. Mas parece que o bebê está satisfeito. Vamos ver os intervalos, pois, sugando, a produção do leite aumenta. Você está podendo oferecer o seu leite, o volume que estiver produzindo, e você pode ser orientada para aumentar a sua produção”. Aproximei-me, conversando com o bebê e afirmando que estava tudo bem ali.

Logo depois, a residente se aproximou e também ficou ali um pouco, admirando aquela dupla e assistindo o meu manejo. Com uma voz suave, conversei com S., que sugou com mais vigor; a mãe já havia assistido o bebê responder assim quando treinávamos a SN e ficou admirada. Continuei conversando com as duas e íamos acompanhando o ritmo de sucção de S. Na pausa, parávamos de conversar ou falávamos mais distante dela, e com o tom de voz normal.

Como a cabeça do bebê estava pendendo para um dos lados, avisei a mãe que iria ajudá-la, tocando no seu braço, segurando-o para ajudá-la a posicionar a cabeça, e que o ajuste necessário era muito pequeno. Elevei um pouco o cotovelo da mãe, assim ela pôde ver a boca do bebê cavando e mantendo a aréola dentro da boca, aumentando assim a velocidade do ritmo da sucção. Também orientei a mãe como um toque nos pés, firme, com pressão e em outras partes do corpo, pode influenciar o ritmo da sucção do bebê, fazendo-o permanecer tranqüilo. A sucção foi gradativamente diminuindo, e o bebê foi envolvido por uma lassidão devido ao abaixamento do tônus; porém, permanecia com a postura flexora e manteve o seio na boca pela preensão. A mãe ficou com a filha assim por um tempo e depois a colocou no berço.

Disse à residente que achava L. muito habilidosa com a sua filha, para mudar as posições de um seio para o outro, no colo para arrotar, ali confortavelmente estando com ela. A mãe respondeu que era porque já tinha criado outras duas filhas. Disse que achava que não era só por isso, já tinha acompanhado outras mães na mesma circunstância e nem todas demonstravam aquela segurança, visto que se trata de bebês muito pequenos. Então a mãe verbalizou: “é, eu gosto mesmo muito de criança”; e a pediatra falou: “e o seu bebê está muito bem”.

Fui surpreendida pela fala da mãe, e talvez tenha feito alguma exclamação ou expressão de admiração pela sua possibilidade de afeto, pelo seu interesse em acompanhar cada movimento do seu bebê e estar cuidando dele. No final do atendimento, pude retomar com a equipe e relatar a fala da mãe, pois, para mim, significava esperança, talvez estivesse valendo a pena. A equipe



compartilhou com surpresa, e a residente ficou tocada pela cena e pelo manejo da mãe.

A mãe amamentou no seio, oferecendo a primeira mama novamente, pois, depois de quinze minutos, S. chorou e manifestou fome, procurando o seio. Após essa sucção, foi colocada no berço e dormiu.

Quanto à evolução clínica, S. apresentou queda da saturação até 86, persistente por 20 minutos, e depois ficou acima de 94.

Selecionei dois bicos novos de mamadeira sem uso, para garantir o furo pequeno; um deles no modelo que a RN já estava usando e o outro com o modelo da base larga, que proporciona uma área maior de contato dos lábios. A mãe disse que retornaria no final de semana, no sábado, e depois no dia previsto da alta e da reunião com familiares, e que traria roupinha para S.

Neste dia, pude perguntar à mãe, depois de todo o manejo, qual seria o nome do bebê, e ela respondeu, orgulhosa: “é T!”. Contou-me, com uma atitude muito decidida e firme, que ela havia escolhido esse nome, e pôde esclarecer que não se tratava de nenhum dos nomes anteriores. Disse a ela que achei o nome bem bonito, demonstrando alegria em poder compartilhar com ela a sua sonoridade.

### **Décimo atendimento**

Com 41 DV, 35s e 6 dias, T., como vou chamá-la a partir de agora, pesava 2010g. e continuava mantendo quedas da saturação após as dietas, como relatado pela equipe.

Como cheguei ao hospital no início do plantão do dia, comecei por acompanhar os cuidados de rotina feitos pela enfermagem, procurando saber como a dupla vinha funcionando. Ainda não havia trocado impressões com a enfermeira de plantão, então procurei estar próxima durante os rotineiros cuidados de higiene e alimentação, fornecendo apoio, isto é, mostrando-me disponível para ajudá-la e para trocar impressões, sabendo mais a respeito do bebê e da mãe.

Inicialmente, acompanhei então o banho e constatei que a enfermeira procurava maneiras de dar segurança à T. já no manuseio, para tirar as roupas dela - parte foi tirada no leito, sendo que o bebê não foi deixado “solto” no espaço, pois a enfermeira usou as roupinhas como apoio, ora para o tronco ora para o quadril. Durante o banho, quando T. chorava, era então consolada, com a enfermeira conversando e fornecendo-lhe contenção física, que correspondia aos seus cuidados. Pude então reforçar que o manejo tinha sido muito bem recebido pelo bebê e que, mesmo com tantos afazeres, a enfermeira estava conseguindo cumprir aquela rotina com desenvoltura, sem perder a precisão delicada dos movimentos e o contato com T; sugeri que tirássemos fotos, e a enfermeira não se intimidou.

Após o banho, T. estava tranqüila e continuamos envolvidas, buscando maneiras de posicioná-la no leito; optamos em colocá-la em decúbito dorsal, usando um rolinho em forma de U para fornecer uma boa base de suporte para o quadril e contê-la, aproximando os membros do tronco. T. estava alerta e respondia ao manuseio, modulando o tônus com uma movimentação suave e arredondada; espontaneamente, levou a mão à boca, sugou os dedos e pôde se aquietar no leito, enquanto a sua dieta era preparada.

A dieta foi oferecida pela enfermeira, que segurou T. no colo, sem os membros ficarem dependurados. O bebê sugou continuamente a dieta na *chucca*, com a saturação acima de 90% e a FC em 174-177. Na evolução, pude observar que T. fez uma preensão até o bojo do bico e apresentou uma discreta palidez após ingerir parte da dieta por sucção, sem repercussão clínica. No posicionamento global, a cabeça permaneceu fora da LM, ou seja, não alinhada com o tronco, indicando pobre controle motor contra gravidade durante a atividade funcional.

Colocada para arrotar, T. foi posicionada elevada, com o tronco alongado e a cabeça repousando no ombro da enfermeira, que, com uma das mãos, ofereceu um suporte ao quadril para uma base de assento. Depois, T. foi colocada no leito e posicionada em decúbito lateral direito. Os cuidados eram voltados para prevenir o RGE. A cabeceira elevada e o manuseio para o

posicionamento do bebê no leito buscam fornecer estabilidade e facilitar a extensão do tronco superior, mantendo-se os membros simétricos e em direção à LM, através dos rolinhos que mantêm a organização global.

Após o posicionamento no leito, iniciaram-se então as quedas que se apresentavam persistentes, mas sem repercussão. Nesse momento, a residente também estava presente e ficamos envolvidas, observando a evolução do bebê, que parecia bastante relaxado e estava em sono profundo (sono REM). Nesse estado, apresentou queda da saturação até 77% e pausa respiratória de 4 segundos. Sugeri e efetuei um toque com leve pressão nos pés e nos MMII, buscando assim melhorar a perfusão/circulação; porém, não houve alteração na saturação. Sugeri a mudança para o decúbito ventral e constatamos a presença de leite na cavidade oral. Colocado em decúbito ventral, observamos melhora significativa nas quedas da saturação, apesar de que já estávamos a 30 minutos após dieta - ficaram acima de 92%, com a FC em 160-167. Após uma hora da dieta por sucção, a FC diminuiu para 140-143bpm, FR 52ipm, e a saturação ficou acima de 94%, o que significa parâmetros de normalidade, o organismo funcionando sem sobrecarga no sistema cárdio-respiratório.

Ficou então estabelecida a conduta de que, após a sucção da dieta no seio ou *chucca*, T. seria colocada para arrotar, sendo oferecidos então toques nos pés e MMII, com suave pressão, e ela seria colocada no leito posicionada em decúbito ventral, observando-se sua evolução.

As perguntas que nos colocávamos, então, eram: O que estaria provocando as quedas da saturação após as dietas, o RGE? A sucção estaria sendo uma tarefa árdua dentro das possibilidades do padrão respiratório de T.?

Quanto à mãe, dispúnhamo-nos em ajudá-la estando com a sua filha, quando nos cuidados de higiene, no manuseio e no posicionamento no leito e durante a amamentação.

## **Décimo Primeiro Atendimento**

A mãe não compareceu no berçário no dia anterior.

T. estava com 42 DV, 36semanas, peso 2010g. No dia anterior, apresentou episódios de queda da saturação no período da manhã, após dois horários de dieta, e à noite não houve relato. Na primeira dieta deste dia, as quedas iniciaram uma hora após a dieta.

A fim de investigar mais sobre o comportamento da sucção na *chucca*, ofereci a dieta por sucção, com T. posicionada no colo; facilitei a sua organização global, principalmente o encaixe da cabeça e a aproximação das mãos na LM.. T. estava rosada, alerta e iniciou a sucção da dieta, que evoluiu com pouca compressão do bico (pela gengiva e língua); a preensão labial ultrapassou a região do bojo do bico, os ciclos eram pequenos, entrecortados por pausa com múltiplas respirações para descansar, sem presença de esforço respiratório. Não houve pronunciada atividade flexora, o que seria uma reação global típica (durante a atividade funcional de alimentação através da sucção). T. estava organizada na LM, mas apenas com discreto aumento da contração muscular.

A saturação inicial foi acima de 92%, e a FC ficou em 177bpm. No decorrer da sucção, observei parte do leite sendo acumulado na cavidade oral, e isto fez com que eu modificasse o posicionamento de T. para o decúbito lateral, sobre o meu braço. Ela permaneceu organizada, e o leite não deglutido pôde escorrer pela comissura labial, com T. seguindo no ritmo da sua sucção nutritiva, que é bem caracterizado por seu padrão respiratório imaturo. O ritmo da sucção ficou lento e a coloração da sua pele evoluiu para discreta palidez, com a saturação a 90%. O bebê havia sugado parte da dieta entre 15-20ml, e então introduzi uma pausa para manuseá-lo e colocá-lo para arrotar. Recuperado, voltou a querer sugar e aceitou o restante da dieta, sendo que mantive os cuidados para que não ultrapassasse a linha de preensão do bico, não acumulasse o leite na cavidade oral e pudesse ser colocado para arrotar, assim que o ritmo da sucção diminuísse.

A conduta estabelecida para os próximos horários foi a de oferecer a dieta de maneira fracionada, em duas a três etapas, colocando T. para arrotar em, aproximadamente, 30 minutos; depois, posicioná-la no leito em decúbito ventral.

Neste dia, estava agendada a reunião dos pais e da tia por parte de pai com o coordenador do berçário, como parte do processo de alta, mas eles não compareceram. Duas irmãs de L. estiveram presentes e conversaram então com o coordenador. Pude conhecê-las, pois foram levadas ao berçário para ver T. Estavam felizes com isso, e em conhecer a equipe pessoalmente e falaram que não sabiam porque L. não havia chegado, pois esse era o combinado. Disseram que L. estava bem, pois os medicamentos estavam controlados e assim ela podia cuidar da sua família. Puderam admirar as fotos de T. e disseram que imaginavam que L. ficaria feliz ao recebê-las, como também as outras filhas poderiam conhecê-la. Pedi à secretária do berçário que entregasse as fotos para L., caso ela estivesse no hospital.

### **Décimo segundo atendimento**

T. estava com 44 DV, 36s e 2d, sendo este o vigésimo sétimo dia de internação hospitalar pós-CTIP; pesava 2120g. No dia anterior, havia sugado no seio materno por uma vez e apresentado um episódio de queda da saturação pós-dieta; quanto à monitorização, a FC ficou em 150bpm, a FR em 41ipm e a saturação em 96%.

Segundo relato feito pela enfermeira, neste dia, T. não apresentou palidez e nem quedas de saturação após as dietas; teve boa aceitação do posicionamento em decúbito ventral, sendo que a enfermeira procurou aperfeiçoar o posicionamento colocando um rolinho fino sob suas axilas, liberando os MMSS acima dos ombros para que o tronco ficasse bem retificado.

A conduta foi a de reforçar o bom posicionamento e os cuidados durante a sucção da dieta.

## Análise

Conforme fui me aproximando mais da dupla mãe-bebê, pude observar que L. oscilava entre oferecer ou não um bom *holding* a sua filha. Assim, quando esta se mostrava mais frágil, sonolenta, ou seja, menos funcional e responsiva aos cuidados maternos, L. a carregava com distanciamento. Ao mesmo tempo, a mãe finalmente pôde decidir qual seria o nome da criança, que passou a ser chamada T.

Segundo a concepção winnicottiana, de fato, o aspecto físico de fragilidade e a doença do bebê fazem as mães perderem confiança nelas próprias para cumprirem a função de alimentar, levando-as a procurar um conselho autorizado (Winnicott, 1957). Nessa situação, quando o profissional tem conhecimento de que a questão principal é a situação emocional, o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê, ele procura ajudar o desenvolvimento satisfatório deste, para, assim, a alimentação materna decorrer bem.

Muitas vezes, observei que a mãe começava a se identificar com o seu bebê e, a partir dessa identificação, ia podendo drenar o interesse em si mesma para ele. Teve lugar a comunicação silenciosa, sensorial, que possibilitou à mãe fornecer o *holding* - ela sustentava T. nos braços, olhava-a com atenção por inteiro e atentamente a sua face enquanto a menina treinava a SN e também no seio. Vimos também que, nesta experiência de alimentação, a mãe se mostrou em adaptação às necessidades da sua filha, pois pôde reconhecer o ritmo de funcionamento dela.

Porém, não podemos esquecer, tendo em mente a formulação de Winnicott a respeito do amadurecimento pessoal normal, que tanto esse bebê estava com dificuldades num momento em que era totalmente dependente, quanto a mãe no seu processo de maternagem, em poder se adaptar suficientemente bem às necessidades dele. Nesta fase, a possibilidade de o bebê ser humanizado vem dos cuidados que ele acaba recebendo do meio, ou seja, da mãe. Isso nos ajuda na compreensão da natureza humana, das necessidades básicas e

fundamentais e, nesta perspectiva, de como se constitui o humano, das condições que favorecem a humanização - o vir a ser, o eu.

Essa percepção me levou a adotar determinada conduta tanto com a dupla mãe-bebê como com a equipe de enfermagem. No primeiro caso, sempre perguntava para a mãe como preferia cuidar de sua filha, dando-lhe espaço para se expressar. Quando percebia que L. estava em condições de receber ajuda, explicava-lhe como poderia segurar melhor T. em seu colo, de forma mais segura, sempre reafirmando que ela vinha se mostrando habilidosa nos cuidados com a menina. Durante a sucção no seio, quando T. diminuía o ritmo, perguntava a L. se ela considerava que era momento de interromper a alimentação, se percebia que já estava satisfeita. Também me dirigia com frequência à T., explicando o que estava fazendo, reforçando o seu bom desenvolvimento com palavras que a tranquilizassem, assim como à mãe.

Em relação à equipe de enfermagem, fui percebendo que as profissionais envolvidas tendiam a julgar a mãe pelo fato de ela não estar sempre presente junto à menina. Algumas, inclusive, começaram a cuidar do bebê de forma muito mecânica/técnica. Frente a isso, a minha ação foi no sentido de verbalizar que a mãe não podia estar presente; ao mesmo tempo, me disponibilizei a estar com as enfermeiras durante os cuidados que dispensavam a T.. Nestes momentos, pude valorizar a forma cuidadosa e tranqüila com que realizavam os cuidados básicos, a rotina de higiene, de alimentação, o manuseio e a adequação postural no leito, atendendo, assim, as necessidades individuais de T.. Além disso, apontava que buscavam maneiras efetivas de confortar a menina, que olhavam e conversam com ela. Também pude dizer como T. correspondia a todos esses cuidados, mostrando-se alerta, atenta e, em algumas poucas ocasiões, fazendo caretas, o que significava que algo poderia a estar incomodando.

De fato, T. se auto-regulava, pois, após o manuseio, movimentava-se com suavidade, levava o dedo à boca e o sugava ou direcionava as mãos à linha média (LM).

Com isso, gradativamente a equipe de enfermagem pôde assumir T. e ajudar a mãe.

Pensando especificamente no bebê em atendimento e nas orientações que dei à equipe, ressaltava que devemos considerar as características e os vários fatores que influenciam no desenvolvimento da SN em RN pré-termo.

O bebê pré-termo tem como principal característica a hipotonia; com isto, apresenta pouca massa muscular distribuída, bem como fraqueza em todos os músculos do corpo, principalmente nos do tronco superior, da coluna cervical e nos da face; isso facilmente o leva à fadiga, mesmo que presente a sincronia da sucção, deglutição com a respiração. Por vezes, a sua resistência é limitada, e isso inclui considerarmos este aspecto nos músculos da laringe envolvidos no mecanismo da deglutição e protetor de aspiração. Esses músculos estão sujeitos à fadiga, sendo que alguns estudiosos consideram o fator imaturidade. Há também a possibilidade de a fadiga ser desencadeada por um cansaço muscular devido a uma sobrecarga gerada por aumento da frequência da deglutição, devido à velocidade do fluxo e do volume de leite além das possibilidades funcionais do bebê. E, ainda, este inicialmente apresenta uma adequada sincronia entre a sucção, deglutição com a respiração e, após um breve período de funcionalidade, os músculos envolvidos entram em fadiga.

Também fui solicitada nas reuniões com a equipe a esclarecer questões sobre o uso de utensílios na alimentação por via oral.

Quanto ao uso do copinho, nas reuniões com a equipe expliquei que esse recurso faz parte da rotina dos Hospitais Amigos da Criança, com o objetivo de privilegiar a amamentação no seio, evitando o hábito da mamadeira. Quanto à sua validade, há, de fato, controvérsias.

Uma questão seria que o uso em um tempo muito prolongado do copinho para o desmame da sonda pode levar o bebê a se acostumar com esse utensílio. Se tivermos como princípio que o que está em jogo é o desenvolvimento inicial do bebê (neste momento está acontecendo junto o físico e o emocional), então, por um lado, temos que focar e garantir a progressão na normalidade da função oral e também facilitarmos a qualidade desta experiência de alimentação junto à sua mãe, o que é extremamente importante.



Na sucção, a boca é usada como um sistema de bombeamento; a especificidade desse sistema é atingida quando o bebê pode adequar o uso dessa pressão para extração do leite, tendo habilidade, no decorrer do processo, de imprimir mais ou menos pressão durante a sucção, de maneira a propiciar adequado padrão de fluxo de leite, o que tem efeito direto sobre a qualidade da deglutição e da respiração.

A amamentação é composta pela sucção nutritiva e também pela não nutritiva, que é usada inicialmente e estimula a descida do leite materno. O processo é único, pois não existem mamas iguais. Se vamos usar o copinho ou a mamadeira e/ou seio devemos considerar se o bebê está pronto para iniciar o processo, isso sem perder de vista os cuidados necessários a cada etapa, dentro do seu nível de desenvolvimento, e pôr o processo em marcha em um tempo hábil para que ocorra em um crescente, com progressão na atividade funcional até a aquisição da eficiente e eficaz alimentação. Qualquer utensílio que seja usado para o desmame da sonda e início da alimentação por via oral, se o procedimento se prolongar no tempo, pode levar o bebê a se acostumar, e então surgir uma dificuldade na amamentação.

Quando a sucção nutritiva é iniciada sem o bebê apresentar os devidos requisitos, o processo pode se tornar penoso, com sucessivas intercorrências, culminando muitas vezes em dificuldade em sugar o seio ou em ser amamentado. Podemos pensar, então, que o bebê se acostumou a sugar no bico da mamadeira, o que também pode acontecer com o copinho. Por outro lado, devemos pensar em facilitar a aproximação mãe/bebê quando a situação é de risco. O desenvolvimento de toda a potencialidade do bebê deve ser contemplada e devemos procurar maneiras de ajudar a mãe; uma dessas maneira é o ambiente, que precisa fazê-la sentir-se segura, acolhida, capaz de identificar as necessidades do seu bebê.

Penso também, como outras colegas da área, que quando a mãe não pode amamentar, ela pensa/sonha/imagina em dar o alimento para o seu filho na mamadeira e não em um copinho, até porque a boca dele, nessa fase da vida, faz o movimento de sucção para obter o alimento. Também o tratamento sensório-

motor no sentido de ir conduzindo o órgão a desenvolver toda a sua potencialidade se dá muito bem quando usamos a mamadeira, que pode ser programada com o tempo e a maturidade, sendo oferecida pelo terapeuta e aceita pelo bebê de maneira menos passiva, com ele vindo a procurar/abrir a boca/englobar/ e sugar, como deverá fazer com o seio. Temos de considerar, pois, as necessidades específicas do bebê, e eleger a conduta tendo em vista que o objetivo é o desmame, e isto deve ser programado para ser breve.

No tratamento usando a mamadeira, podemos ter as mãos e o corpo mais livres para os manuseios e facilitações, o que repercute no ritmo e na sincronia da sucção, deglutição, respiração; por outro lado, pensando na dupla, a mãe pode envolver o seu bebê nos seus braços, sentir-se muito bem e isso é bom para os dois - para ele porque aumenta a área de contato com a sua pele, e é através dela que o bebê pode se integrar, unir as partes do corpo e ter esta vivência de integração, sendo que, neste momento da vida, isto se dá na/para a alimentação, e se revela a vivência prazerosa de completude alimentar.

No que se refere ao bico da mamadeira, os trabalhos apontam que o mecanismo de sucção no bico *Nuk* é diferente daquele que ocorre no seio, sendo que os que mais se aproximam são os redondos, quando apresentam a luz do furo pequena. O seio humano é tipicamente redondo, a maior deformidade acontece durante a compressão. Nenhum bico propicia uma sucção igual ao seio materno, pois não tem as mesmas propriedades elásticas do seio. Pela literatura, a sucção feita no bico *Nuk* não é similar à sucção no seio; no estudo comparativo, ele estimula a movimentação da mandíbula no sentido antero-posterior, e a sua forma e consistência firme/dura dificulta/limita o bebê imaturo na variabilidade da pressão intra-oral. O bico redondo seria, nessa etapa, o mais recomendável; a sua consistência mais macia e o furo pequeno estimulam o bebê imaturo a sugar e a coordenar a deglutição/respiração. O bico deve ser selecionado, portanto, de acordo com as suas características e de acordo com as necessidades e condições de adaptação do RN.

- **Do décimo terceiro ao décimo oitavo atendimento: a efetivação da amamentação e o engajamento da equipe para a alta hospitalar**

### **Décimo Terceiro Atendimento**

T estava então com 45 DV, 36s e 3d, sendo este o vigésimo oitavo dia de internação hospitalar pós-CTIP, e pesava 2140g.

Iniciei o atendimento pela discussão do caso clínico. A equipe constatava que as quedas da saturação estavam diminuindo, mas ainda investigavam porque estavam presentes. Estava afastada a suspeita de isso ocorrer em função do medicamento usado pela mãe, pois este é compatível com a amamentação. A cafeína havia sido suspensa há dez dias. A equipe estabeleceu que mãe e bebê deveriam ser acompanhados por familiares na alta hospitalar.

Próximo ao horário da dieta, T. resmungou, moveu-se sinuosamente e, enquanto aguardávamos a mãe, manuseei-a no leito, posicionando-a em decúbito ventral com o fino rolinho sob as axilas. O objetivo era facilitar o controle da cabeça por parte de T., para que ela o iniciasse elevando a cabeça do leito e mudasse de um lado para o outro em contato com o colchão, liberando as vias aéreas. Para isso, forneci estabilidade ao tronco, estando a pélvis em posição neutra e os MMII simétricos. A FC permaneceu em 164bpm, a FR em 39ipm e a saturação em 95-98%.

A mãe chegou com atraso para amamentar a filha, que anteriormente estava alerta, mas então se mostrava sonolenta. L. disse que preferia esperar que ela manifestasse fome, e orientei que deveríamos tentar a alimentação, pois ela já havia estado acordada e estava começando a dormir, provavelmente com fome.

Ambas, porém, demonstraram dificuldade na amamentação – T. estava com o tronco muito fletido e não procurava pelo mamilo; a mãe disse que ela estava muito preguiçosa. Percebi, porém, que L. não estava conseguindo

oferecer segurança ao segurar a filha, não estava com o seu corpo próximo ao dela. Sugeri que ela formasse o bico do seio usando o dedo indicador em oposição com o polegar e deslizasse os outros dedos da mão, sustentando a mama e mantendo-a assim, impedindo que pesasse na face de T., para que esta pudesse então tocar o mamilo nos seus lábios, o procurasse e o abocanhasse, dando início à sucção, puxando a aréola para dentro de sua boca.

Ajudei L. a se sentar, a usar a pélvis no assento da cadeira para que tivesse mais mobilidade no seu corpo, podendo assim se sentir segura e estar mais à vontade para acompanhar as necessidades do corpo de T. Depois, conduzi a mãe a segurar o bebê de maneira organizada, a fornecer um bom suporte pelo braço e pela mão, que estavam em contato com o corpo de T. Com isso, buscava ajudar L. nesse manuseio, para que conseguisse retificar a filha, tornando-a mais responsiva, podendo assim iniciar a sucção. A mãe deveria senti-la em seus braços e mãos. Porém, percebi que algo não estava bem; L. ainda não estava bem próxima de seu bebê.

T. iniciou a sucção e evoluiu com o ritmo lento, entrecortada por pausa, mantendo essa atividade por três minutos. A mãe verbalizou que achava que a menina havia sugado pouco e perguntou se estava tão preguiçosa por ter se acostumado com a mamadeira. De fato, nessa situação, existia esse risco, pois T. estava sugando mais vezes na mamadeira que no seio; apesar do bico ter o furo pequeno, ele já se apresentava com a forma pronta, exigindo pouca adaptação no movimento da cabeça/boca na resposta em procura e no abocanhar. Além disso, quando inicia a sucção na mamadeira, o fluxo do leite está pronto para descer, não demanda ao bebê usar a SNN para provocar a descida do leite.

Tinha essa impressão da situação. Disse a L. que corríamos algum risco, mas que T. vinha aceitando bem o seio. A mãe sugeriu oferecer a outra mama, a direita, que era mais fácil de ser manuseada. De fato, a mãe precisou de menos suporte, e o bebê sugou por 6 minutos e, segundo L., esvaziou a mama. Depois de arrotar, foi colocado na primeira mama novamente, mas não desenvolveu sucção e houve dois episódios de queda da saturação, até 88%, o que fez com que interrompêssemos as tentativas. A saturação normalizou com

parâmetros acima de 92%.

Neste dia, a residente conversou com a mãe a respeito da alta hospitalar e planejaram que L. deveria se reinternar na pediatria e ficar com T. por um dia no apartamento, para poder amamentar mais vezes, cuidar e receber alta segura. A mãe pôde falar que gostaria que T. recebesse alta hospitalar quando estivesse maior, “mais gorda”. A residente disse que ela estava com bom peso e que a sua aparência permaneceria assim mesmo quando atingisse os 2500g. Com a reinternação hospitalar, L. poderia estar mais próxima de T, cuidar dela e receber o apoio da equipe.

Ficou combinada a reinternação para depois do feriado e, após 24h00, mãe e bebê receberiam alta.

#### **Décimo Quarto Atendimento**

Antes deste atendimento, no dia anterior (final de semana), por telefone, conversei com a mãe que acabara de entrar no berçário. Há três dias ela não amamentava. Disse-lhe que a menina gostava de estar bem junto dela e que isso facilitaria que pegasse o seio; L. concordou, dizendo que a filha gostava mesmo era de ser amamentada, que era muito espertinha e que iria sim pegar o peito. Ainda por telefone, a residente me relatou que observava a mãe sorridente, com a sua menina no colo, e que esta evoluía sem quedas na saturação e com ganho de peso.

T. estava no 49o-DV, 32DIH pós-CTIP, com IGC 37s e peso de 2350g.

Cheguei ao berçário e a encontrei no berço, que estava elevado, em decúbito lateral esquerdo, alerta, sendo que seus movimentos eram suaves. Ela estava usando blusa de manga comprida, e o seu corpo estava enrolado em um cueiro, com os braços livres. A saturação encontrava-se em 99%, a FC em 169-171bpm e a FR em 48-52ipm. Havia sido amamentada em dois horários, sendo a última alimentação no seio há 40 minutos. A mãe retornaria no

dia seguinte para ser reinternada com a filha.

Provavelmente, T. ainda não estava saciada, pois o esperado era que estivesse sonolenta; mas, de qualquer forma, se estivesse com fome, daria algum sinal.

Aproximadamente 30 minutos depois de minha entrada, T. ficou irrequieta e começou a chorar; acalmei-a colocando-a no colo, e quando pus a sua mão na boca, procurou, sugou e se acalmou. Evoluiu depois para o choro; sua mão saiu da boca e então já não a aceitou mais, dando sinal de que queria alimento.

O volume prescrito era de 50ml, sendo que coloquei na *chucca* 40ml, para assim privilegiar a observação da saciedade de T. Ofereci-lhe a dieta no colo, com T. elevada e lateralizada, os membros organizados em direção à LM, e estimulei que procurasse/abocanhasse e sugasse o bico para o interior da cavidade oral. Iniciou com explosões de 6-8 sucções por ciclo e evoluiu para o aumento de sucções por ciclo, chegando a 20. Passou a variar entre 6-20 sucções por ciclo, caracterizando por fazer um grande ciclo, depois seguindo com menores e voltando a fazer um ciclo maior. A respiração era tranqüila durante o ciclo e nas pausas, que eram breves. Manteve esse padrão de SN, ingerindo todo o volume contido na *chucca*. A gaze colocada por baixo da mamadeira estava úmida e, dessa maneira, ela desprezava o volume não deglutido.

A saturação durante a SN foi acima de 96%, com FC a 175-177bpm e FR de 45bpm. Enquanto coloquei T. para arrotar, observei que a FC atingiu até 185bpm, retornando até 170bpm depois que pôde arrotar. A saturação permaneceu entre 96-100%.

Diante disso, a conduta que adotei foi: trocar com a equipe de enfermagem as impressões que tive a respeito do desenvolvimento de T., do seu comportamento, da sucção, do posicionamento e da mudança de decúbito. Na prescrição, a conduta foi mantida, porém reforcei a necessidade de mudar o decúbito, inclusive para o lateral esquerdo, por aproximadamente 40 minutos antes do horário da dieta. A enfermeira que acompanhou T. com L. na amamentação disse que a menina estava dormindo muito no seio e que a mãe não estava

conseguindo deixá-la alerta enquanto sugava. A reinternação de ambas na pediatria estava programada para o dia seguinte.

### **Décimo quinto atendimento**

Este foi o primeiro dia de reinternação em apartamento na pediatria. A enfermeira do andar, responsável pelo caso, relatou que L. estava amamentando no final da manhã, horário em que foi feita a internação, e que a última mamada teria acabado às 13h00.

Cheguei ao apartamento e L. já estava sentada na poltrona, amamentando T.; demonstrou que estava tudo bem. A menina estava acolhida entre os seus braços, sugando ritmadamente.

Pude mostrar e entregar as últimas fotos de ambas, em que L. estava amamentando, colocando T. para arrotar e depois no berço. Na sua fala, demonstrou que estava à vontade e segura enquanto cuidava de T., pois disse que “joga ela para um lado e para o outro e ela continua durinha”. Também quanto ao peso, que antes a preocupava, disse que estava sentindo a filha bem “firmezinha” e afirmou que o fato de já ter completado 37 semanas a tranquilizava, pois uma das suas filhas também havia nascido com esse número de semanas e ela “deu conta de criar”. L. só pensava agora em amamentar T..

Orientei a mãe a anotar a evolução da alimentação no seio, como uma estratégia para que não perdesse a noção dos intervalos, da duração da amamentação, e qual a última mama oferecida; tudo isso ajudaria a perceber a saciedade de T. Comprometi-me a me inteirar sobre como passariam o restante do dia e à noite. Ela sabia que estávamos privilegiando a amamentação e que poderia usar a *chucca* para complementar a dieta, caso o leite materno não fosse suficiente para saciar a fome de T.

Reuni-me então com a residente que acompanhou o caso no berçário, e fiquei sabendo que, no dia anterior, depois de nossa conversa ao telefone, pôde receber L., dizendo-lhe: “parabéns, sua filha nasceu, está com 37s,

e você amanhã será reinternada por causa das dores do parto”. A primeira reação da mãe foi de surpresa, depois de envolvimento com o processo e alegria, pois enquanto elas conversavam T. insistia em sorrir.

Conversei também em reunião com a residente que assumiu o caso. Apresentei-me brevemente, bem como o tema da pesquisa. Ela então soube de nossos cuidados com a dupla por passagens que relatamos da relação da mãe com o seu bebê. Como ela estava conhecendo o caso, pude informá-la a respeito da evolução da SN e do ganho de peso de T., bem como esclarecer que, caso perdesse peso com a amamentação, seria provavelmente por uma baixa produção de leite materno, e pelo fato de estar gastando mais energia do que ingerindo, através da alimentação. Discutimos a possibilidade de T. ser pesada ao final do plantão, mas não fechamos essa conduta, de minha parte por achar melhor, apenas, acompanhar a dupla, e, nesse momento, interferir o mínimo possível.

Em relação à mãe, achávamos que ela estava cada vez mais se envolvendo nos cuidados da filha e se mostrava feliz assim.

### **Décimo sexto atendimento**

Este foi o segundo dia de reinternação em apartamento na pediatria. T. estava com 37s e 2d IGC. Cheguei ao quarto próximo ao horário da primeira dieta do plantão da manhã; o dia já estava claro. L. me contou que tinha amamentado a filha por pouco tempo. A menina estava no berço, acordada, e L. disse que, no dia anterior, precisou iniciar a alimentação com a *chucca*, e à noite precisou lhe dar duas mamadeiras, pois estava irrequieta. L. disse que iria lhe dar banho e trocá-la. Concluímos que, talvez, aquele comportamento fosse já a necessidade do banho, que no berçário era dado pela manhã. Perguntei qual havia sido a última mama oferecida - a direita - e orientei que, caso T. manifestasse fome, ela deveria oferecer a esquerda (esta mama estava sendo difícil para a mãe oferecer e para o bebê abocanhá-la e, assim, desenvolver uma sucção rítmica; seria então uma oportunidade de ajudar a dupla nessa nova



etapa).

Passados por volta de 20 minutos, tempo em que a pediatra residente, a pediatra preceptora (que é a coordenadora das reuniões com os pais) e eu fizemos a discussão do caso, L. continuava tentando fazer T. sugar na mama esquerda. As duas ainda demonstravam dificuldade - a cabeça de T. estava muito baixa e fletida em relação à altura do mamilo da mãe, e esta demonstrava dificuldade em ajustar junto ao seu o corpo da menina, que tendia para o lado esquerdo, ficando desalinhado; a cabeça pendia e a pélvis tendia à extensão. A menina ficava com uma aparência solta, pois não conseguia reagir, retificar-se contra a gravidade e ativar a musculatura flexora. Melhoramos o posicionamento dela nos braços e no colo da mãe, e também o manuseio da mama - L. fez um bico e ofereceu a T., que desenvolveu sucção com boa preensão, ritmo e organizada em direção à LM. Busquei uma jarra de água fresca para que a mãe se hidratasse enquanto amamentava.

Na reunião, a preceptora novamente considerou a condição financeira da família, sabendo da inviabilidade da complementação com leite industrializado. Ficou a possibilidade, em último caso, de a mãe ser orientada sobre a forma de usar o leite de vaca pasteurizado. Seria reforçado que ela deveria ingerir bastante líquido, para favorecer o aumentar da produção de leite, pois não poderia tomar medicamento para esse objetivo. A preceptora estava bastante satisfeita com a evolução do caso, por L. estar se sentindo bem cuidada e estar envolvida e disposta a cuidar da sua filha e também pelo fato de esta estar correspondendo aos cuidados recebidos. Como coordenadora da reunião de pais, pôde estar próxima a L. e sabia que, anteriormente ao seu quadro psiquiátrico, ela teria sido vítima de violência sexual.

Ficou estabelecido como conduta que eu retornaria no final do plantão do dia para saber como a dupla tinha evoluído na alimentação e para poder estar com a mãe, saber como estava se sentindo.

## Décimo sétimo atendimento

Este atendimento ocorreu no final da tarde. T. estava com 37s e 2d IGC. L. relatou que por duas vezes havia sido necessário complementar a amamentação com a *chucca*, com um volume de leite entre 15-20ml. Ela me contou como se sentia em relação à alimentação de T. - queria só amamentar, mas supunha que a sua produção de leite não estava sendo o suficiente para saciar a menina; depois, completou dizendo que a amamentou pouco enquanto estava no berçário. Disse a ela que eu compreendia, sabia que ela tinha feito tudo que estava ao seu alcance, entendia que havia amamentado a sua filha no berçário não como ela gostaria, todos os dias, mas sim como pôde, e esteve com ela também, todas as vezes que podia. Isso a tranquilizou, pois sabia que L., naquele momento, estava dedicada a sua filha e à amamentação.

A sua experiência de ter amamentado as outras filhas por vezes era recordada de maneira muito positiva e, de fato, L. produzia boa quantidade de leite, mesmo porque, no período em que T. esteve internada no berçário e na CTIP, ela não estabeleceu rotineiramente a ordenha em casa. Procurei saber como ela achava que a filha deveria receber a complementação, se deveríamos mudar os utensílios. Acertamos que, caso fosse um pequeno volume, tentaria a colherinha e/ou a *chucca*. Orientei que deveria organizar a alimentação de T., para que fizesse intervalos de até três horas; e L. complementou, dizendo que quando T. era alimentada no seio e ficava saciada, os intervalos eram de aproximadamente duas horas.

A mãe me pareceu bastante ansiosa por supor que não receberiam alta na manhã seguinte (a possibilidade, de fato, estava prevista pela equipe médica, devido ao tipo de complementação que poderia vir a ser feita; no caso de ser usado o leite pausterizado diluído em água, elas deveriam permanecer internadas para que fosse acompanhada a aceitação desse tipo de dieta, bem como para verificamos o ganho de peso, pois o bebê havia perdido 5g). L. preocupava-se com as outras filhas, temia que fossem vulneráveis, expostas a alguma situação que a levasse a perder a guarda delas. Busquei acalmá-la,

imaginando que era mesmo uma situação delicada; por outro lado, busquei fazê-la compreender que, caso não recebessem a alta hospitalar, certamente ela acharia o motivo alegado pela preceptora adequado, pois já conhecia a equipe clínica. De qualquer forma, essa questão seria decidida no dia seguinte; naquele momento, ela precisava se cuidar para poder viver a amamentação, sentir-se bem, repousar, estar aqui com a filha. Receberia notícias das outras por telefone.

L., então, nesse dia, pôde me contar sobre a sua gravidez, como teve medo de perder o bebê, disse-me assim: “na hora do parto, pensei: os médicos mataram a minha filha”. Perguntei a L. porque ela pensou aquilo e ela me explicou que, como teve pré-eclampsia, já estava muito inchada, com a pressão muito alta, e os médicos falaram que elas (mãe e filha) corriam risco de vida e que teriam de tirar o bebê (o parto foi cesariana). Nesse momento, ela pensou que a filha não sobreviveria a uma cesariana, por ser tão pequena. Descreveu-a como um “tiquinho” de gente e precisou de muito apoio da psicóloga para que fosse à UTIP para conhecê-la; mesmo assim, achava que ia perdê-la, não gostava de visitá-la, nem de ficar lá, vê-la com todos aqueles fios, tubos e máscara. Contou que o pessoal da UTIP quis tirar foto dela, “miudiquinha assim, nessa fase”, como recordação, mas ela não aceitou, mesmo a equipe esclarecendo a respeito da sua boa evolução clínica.

Falou com um sorriso acanhado que a filha era do Dr. Ginecologista; contou que ela já não menstruava há dois anos e ele afirmou que estaria na menopausa e não teria chance de engravidar. Disse que o marido queria muito ter uma filha e que estava muito feliz, e ela também; com o tempo, todos os medos e inseguranças passaram. Ela estava muito agradecida a todos e a mim. Estava dividindo comigo como tinha sido difícil para ela toda aquela situação. Durante o relato, a expressão do seu rosto estava descontraída.

Penso que, talvez, em meio a isso tudo, boas sensações aconteceram com ela, e a dor pôde ser recordada com alívio. Demonstrei que estava feliz por ela, falei que percebia que ela se sentia bem. Ela disse: “agora eu sento e converso com ela [T.]”; eu respondi: “que gostoso L, você poder estar com o seu bebê”.

Ficou combinado que voltaríamos a nos encontrar no outro dia, no meio da manhã.

### **Décimo oitavo atendimento**

T. estava com 37s e 3d IGC. Fiz o atendimento no meio da manhã. Ela dormia em decúbito lateral e L. relatou que achava que a amamentação estava melhorando, que estava produzindo mais leite e esperava precisar cada vez menos da *chucca*, pois precisou complementar duas vezes à noite. T. sugava apenas parte da dieta contida na *chucca*, de 15-20ml. Pela manhã, a mãe lhe havia oferecido o seio, e a menina dormia, muito tranqüila. L. disse do seu otimismo, que achava que o leite dela ia chegar a ser suficiente e também compreendia como deveria escolher um bico, mas esse não era o seu desejo.

O peso de T. neste dia era 2325g, ou seja, havia ganho 5g. em dois dias.

### **Alta fonoaudiológica e hospitalar**

Reuni-me com a equipe médica envolvida no caso, que estava em contato com o serviço social, devido à precária condição financeira dos pais de T. Buscavam negociar a compra do leite industrializado pelo setor, para viabilizar a alta hospitalar sem risco para o peso e desenvolvimento do bebê. Caso não tivessem uma resposta positiva, iniciariam a porção com o leite pasteurizado, ainda pela manhã.

Era o momento de a dupla receber alta fonoaudiológica. T. tinha adquirido sucção nutritiva eficiente, e a mãe estava totalmente envolvida com ela; preocupava-se em identificar as suas necessidades e oferecer-lhe cuidados especiais. De fato, existia por parte de L. a possibilidade de se abrir e receber

orientação do ambiente profissional, podendo absorvê-la para o seu ambiente mãe e, assim, cuidar de seu bebê.

L. ficou feliz com a alta fonoaudiológica, agradeceu minha ajuda e eu a retribui. Com admiração, disse-lhe que reconhecia que ela havia se superado. Também ressaltai que a pesquisa tinha atingido o seu objetivo, pois, depois do atendimento a ela e a seu bebê, enquanto profissional, havia aprendido mais sobre o assunto e poderia ajudar outras duplas, e era esse o benefício que esperávamos da pesquisa também.

Teria notícias delas pela pediatra, que faria o acompanhamento, mas, eventualmente, se estivesse em dificuldade com a filha nas questões de alimentação e no seu desenvolvimento, poderia me procurar. A equipe médica estava ciente de minha disponibilidade, e a encaminhariam, se assim se fizesse necessário.

No dia seguinte, recebi um comunicado da preceptora: mãe e filha haviam recebido a alta hospitalar. T. estava com 2350g, havia ganhado 25g. O serviço social forneceu o leite industrializado, e a pediatra se comprometeu a fazer o acompanhamento semanal.

## **Análise**

Com o tempo, pudemos observar que, à medida que T. pôde se mostrar pronta para o contato e correspondendo aos cuidados maternos, a mãe pôde, cada vez mais, entrar em sintonia com a sua filha. Essa correspondência também foi possível porque T. foi evoluindo no seu comportamento neuro motor funcional e, assim, para a mãe, os sinais de que a filha estava pronta para o contato foram se tornando evidentes. Na mesma medida, a mãe buscou corresponder e adaptar-se às necessidades de T., mostrando-se mais confiante em sua condição de lhe oferecer cuidados.

De fato, T. se mostrava cada vez mais estável nas suas respostas autonômicas e evoluindo em relação à alimentação de maneira consistente. Passou a demonstrar sinais de fome, como ficar alerta, irrequieta, responder com

procura ao ser tocada na face, ao mesmo tempo em que organizava a postura flexora encaixando a cabeça e trazendo os braços e as pernas para a LM. Além disso, ao sugar o seio, correspondia aos cuidados da mãe, que a segurava no colo, com uma sucção mais rítmica, com boa qualidade respiratória, podendo manter coordenada a sucção com a deglutição. Também foi demonstrando maior resistência, pois pôde manter ritmicidade na sucção e passou a aceitar não apenas uma mama, mas as duas, dentro de um tempo funcional (até vinte minutos), sendo que, após a sucção, caso sua fome não tivesse sido saciada, sinalizava para a mãe, que foi demonstrando condição de, cada vez mais, reconhecer o processo de alimentação e atender as necessidades da filha.

Assim, à medida que L. pôde ser ajudada, foi ajustando o seu corpo ao corpo do bebê e passou a ter a percepção das reais necessidades dele e segura dos bons cuidados que estava lhe oferecendo.

Como vimos, na compreensão winnicottiana, a mãe tem um papel de grande importância nesse período inicial, pois age naturalmente como ambiente facilitador para a adaptação do bebê, favorecendo que ele se apresente e tenha as suas necessidades atendidas.

Porém, bebês de alto risco são relatados como de difícil adaptação à vida, sendo clinicamente instáveis e de difícil diálogo tônico, ou seja, não correspondem com adequada sincronia aos cuidados maternos, podendo ser hiper-reativos ou letárgicos. Assim, a mãe pode ter dificuldade de saber como deve cuidar desse filho, como tocá-lo, como segurá-lo e como alimentá-lo, já que a aparência de fragilidade clínica, física e/ou de comportamento acaba por se sobrepor aos seus potenciais de desenvolvimento e dificulta a percepção por parte da mãe das reais necessidades do filho, para que, assim, possa ir ao encontro delas. Nessas circunstâncias, ficam comprometidas a função materna, o potencial da mãe enquanto ambiente facilitador e sua condição de se adaptar de maneira apropriada às necessidades do seu bebê para dele cuidar suficientemente bem, como preconizado por Winnicott.

Estamos diante, pois, de uma condição considerada de risco para a formação do vínculo mãe-bebê e, conseqüentemente, para a constituição de *self*

deste, pois, como vimos, “os processos de maturação do indivíduo precisam de um ambiente de facilitação para que possam concretizar-se” (Winnicott, 1988, p.32).

Podemos perguntar então: como fica o momento de alimentação desse bebê?

A mãe do prematuro com problemas na alimentação, no geral, não apresenta uma vivacidade suficiente para, através da variação dos seus movimentos, adaptar-se às necessidades de movimento do bebê. Essa vivacidade a que me refiro é interna, sutil e rítmica, com movimentação ondulada, tão natural que dificilmente é percebida como algo que não pertence à dupla. Um exemplo seria o uso combinado de movimentos de balanço em torno do próprio eixo e em variada direção, junto ao segurar, unindo o bebê, e, com o olhar, oferecer o seio para que ele o sinta e possa procurá-lo. A mãe, então, tem a possibilidade de, com o seu corpo, no contato, encontrar o corpo do bebê, a sua presença física, que é viva - no peso, na densidade, na forma, no calor, no olhar, no cheiro e no movimento.

Descrevo a seguir algumas dificuldades que observo nas mães de prematuros ao segurá-los para a amamentação.

Uma primeira dificuldade é em fornecer um bom colo. No segurar o filho, a mão da mãe não imprime devida pressão no corpo dele para que possa senti-lo como um todo. Com isso, não consegue ajustar o corpo do filho ao seu e nem o do bebê com o dele mesmo, o que impossibilita que ambos se movimentem juntos, em sintonia. O bebê tem então dificuldades de movimentar a cabeça contra a gravidade e de manter o corpo organizado para encontrar o seio.

Geralmente, essas mães também não sentam de maneira confortável para amamentar – a pélvis não fica em posição neutra (90 graus - retrovertida ou anterovertida) e as costas, portanto, não ficam devidamente apoiadas no encosto. Com isso, perdem a mobilidade do tronco e a força de sustentação dos braços. Ficam então impedidas de prover um bom suporte para o corpo do bebê e deixam de usufruir o prazer de segurá-lo e manuseá-lo de um braço para outro e todas as sensações advindas daí. O bebê, por sua vez, fica com uma limitada vivência de

sensação de movimento contra a gravidade e, com isso, não responde à mãe: ou por estar muito fletido, ou muito assimétrico ou, ainda, muito estendido. Geralmente, assustam-se e choram com as mudanças súbitas de posição no espaço. A mamada é interrompida, pois não há um encaixe perfeito da boca do bebê no seio, como vimos que ocorreu com a dupla aqui em foco.

Uma outra dificuldade que observo é uma tendência de as mães de prematuros colocarem-nos em posições muito favoráveis a ação da gravidade, dificultando que estes reajam contra esta. Ou seja, ficam por muito tempo deitados em decúbito ventral, e a amamentação pode vir a se desenvolver muito lentamente, além de ocorrer uma dificuldade de coordenação deglutição/respiração.

Outro aspecto importante é que os prematuros, mesmo já estando estáveis clinicamente, podem se apresentar muito sonolentos, e o que colaboraria para saírem desse estado, definindo mais os estados de consciência sono-vigília, seria justamente o manuseio por parte das mães antes do horário da dieta, de forma a ativar o sistema somatosensorial (tátil, proprioceptivo e vestibular), e também a movimentação espontânea do RN, no leito, na água e no colo). Porém, elas ficam inseguras quanto à real capacidade desses bebês de usufruírem desse manuseio; com isso, elas deixam com que permaneçam mais letárgicos, inclusive pela maneira como são segurados e manuseados no colo e no leito. Em momentos como troca de fraldas ou banho, geralmente essas mães tendem a protegê-los/ou a desprotegê-los excessivamente, não facilitando ativa reação corporal de endireitamento e movimentação corporal contra a gravidade.

Todas essas dificuldades envolvem ajustar o corpo para as necessidades advindas do bebê (respiratória, do desenvolvimento sensório-motor, comportamento) para que ele possa juntar e coordenar o seu corpo de maneira segura.

Ressalto que, no caso de mães de bebês prematuros, de fato, é mesmo muito difícil pressupor que é pelo tronco e pela pélvis que deve ser estabelecido o manuseio. Cabe então ao fonoaudiólogo esclarecê-las quanto a isso. Porém, esse esclarecimento não deve, jamais, destacar-se das condições reais e do ritmo de



percepção da mãe; devemos, sim, reconhecer as particularidades da dupla. Não há, pois, fórmulas a serem seguidas, mas sim parâmetros e princípios de intervenção que precisam ser melhor compreendidos e contemplados pelo profissional.

Vimos então que, no caso apresentado, a ação da equipe permitiu que a mãe enfrentasse o medo de perder o seu bebê e a dificuldade de entrar em sintonia com ele, assumindo a maternagem e tendo confiança nos cuidados que lhe oferecia. Pôde assim, encontrar prazer em olhar, conversar, segurar e estar com a sua filha.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi de minha prática clínica com bebês pré-termos que surgiu a necessidade de buscar conhecimentos teóricos que embasassem minhas percepções e ações. Essa junção prática/teoria me transformou em uma profissional mais competente para integrar as demandas vindas de meus pacientes, tanto aquelas relacionadas aos problemas de alimentação e de desenvolvimento funcional, como também no que diz respeito ao vínculo mãe/bebê.

A compreensão do processo de transformação pelo qual a mulher passa durante a gravidez, e que a prepara para a importante tarefa que terá de cumprir, me permitiu expandir a prática clínica e promover ações efetivas em direção à mãe, para que ela pudesse estabelecer um vínculo seguro com seu bebê.

Também pude contribuir com os profissionais envolvidos nos cuidados com o prematuro, não só ressaltando a necessidade de se tornarem sensíveis ao pequeno paciente, para assim lerem os seus sinais, fornecendo-lhe e promovendo cuidados individualizados, como também mostrando o quanto é fundamental que se disponibilizem para a mãe, procurando então acolher a dupla. Ou seja, esse tipo de trabalho fonoaudiológico exige que o profissional esteja sintonizado com o bebê, e com a necessidade que este apresenta de cuidados específicos, com a mãe e também com a equipe hospitalar. Para tanto, precisa integrar conhecimentos de várias áreas para auxiliar seu pequeno paciente a chegar à alimentação natural com a mãe.

Como explicitiei em todo o estudo, aspectos primordiais da Psicanálise winnicottiana me permitiram vivenciar o alcance do manejo clínico fonoaudiológico, no sentido de poder afirmar que uma boa técnica possibilita, também, que problemas na constituição psíquica do bebê sejam evitados. De fato, o manuseio nos moldes aqui apresentados, referendados no Tratamento Neuroevolutivo – “Conceito Bobath”, ao facilitar a organização corporal e a regulação, permite que o bebê se apresente menos frágil, mais estável e possa,

assim, se mostrar mais responsivo aos cuidados maternos desde os primórdios de seu desenvolvimento.

No caso aqui em foco, observei que, em diferentes momentos com a mãe, o bebê apresentava um ritmo próprio de funcionamento, como na amamentação/alimentação, na organização da postura/movimento global, no sono e na vigília, na interação social. Também ficou claro como a maternagem foi se configurando e evoluindo. Assim, ao longo dos atendimentos, importantes mudanças ocorreram com a mãe e com sua filha, o que deu oportunidade a esta de se apresentar pronta para o contato. Compreendi que meu trabalho foi favorecendo que a mãe encontrasse o seu próprio caminho de aproximação, colocando-se, então, como ambiente primordial e facilitador para o desenvolvimento do bebê, apesar das dificuldades iniciais dele.

Atualmente, já se considera que, em alguns casos, a constituição subjetiva pode se dar de forma muito precária devido à separação precoce mãe/bebê, imposta pelo ambiente de UTIP, ou, ainda, à desautorização, pela equipe de cuidadores, da mãe em sua nova função: a materna. O profissional que se encontra envolvido nos cuidados do bebê pode se deparar com uma mulher com mais dificuldades de assumir seu novo papel, e a desautorização dele contribui para dificultar o vínculo mãe/ bebê, pois a ela não é dada oportunidades de se apresentar suficientemente boa ao seu filho.

Também sabemos que o ambiente de UTIP pode ser um agente estressor, com impacto no organismo do recém-nascido - no fluxo sanguíneo, no fluxo respiratório, no ritmo biológico, no neurocomportamento e na função de alimentação. Esse impacto pode trazer seqüelas, também colocando em risco a constituição psíquica do paciente.

Sabemos que os cuidados fornecidos em ambiente de UTIP representam uma ameaça ao desenvolvimento da pessoa, pois as informações que vêm desse tipo de experiência estressante, da falta de sintonia entre o cuidador e o bebê, agem no cérebro totalmente imaturo impedindo que se organize a montagem dos circuitos e das redes neuronais, tendo um impacto negativo na regulação dos afetos e na percepção do *self* do eu.

O cuidador (a mãe e/ou a equipe), portanto, deve agir como agente regulador e fornecer experiência de sintonia com o bebê.

Podemos concluir, apoiando-nos na idéia de Winnicott de que o ser humano só acontece no encontro com o outro, que o bebê pré-termo necessita de um manuseio seguro para que conquiste as aquisições do período inicial da vida, crítico para o desenvolvimento. São elas: sincronia entre sucção, deglutição e respiração (SSDR), regulação dos ritmos de alimentação, sono/vigília/atividade/consolabilidade, modulação do tônus, organização da postura e do movimento contra-gravidade. Nesse período, as experiências negativas ou a falta de estimulação apropriada tornam o bebê mais suscetível a apresentar distúrbios emocionais e de comportamento. Sabemos hoje, porém, que a plasticidade neste período inicial permite que o cérebro se modifique ou se adapte para resolução de problemas e não está somente relacionada à fundação neural, mas sim interligada à constituição psíquica.

Faz-se necessário, então, ao fonoaudiólogo que cuida da dupla mãe/bebê estabelecer uma relação de sensibilidade e empatia para promover ações na direção de facilitar que a mãe se aproxime do seu filho e possa iniciar uma comunicação sensorial com ele, passando a lhe fornecer, gradativamente, os cuidados físicos básicos. Assim, a mãe restaura a autoconfiança e pode reconhecer o ritmo de seu bebê, as necessidades individuais dele e desenvolver uma relação vincular, elemento fundamental para a constituição psíquica.

Do ponto de vista do bebê, o efeito da sensação de estar ligado/*attachment*, estar em segurança e em sintonia com a sua mãe e por meio dela com ele mesmo, não só é o estímulo para o amadurecimento do sistema nervoso central (SNC) como leva à promoção da vida física/funcional e à existência da vida mental saudável.

Finalizo ressaltando que o enquadre terapêutico que contempla não só o paciente como todo o seu entorno constitui-se como uma dimensão fundamental na clínica dos bebês. Além da troca com a equipe de profissionais envolvidos, inclui a possibilidade de criar situações para que o bebê e a mãe possam viver as

experiências de que necessitam para a formação do vínculo que os unirá, essencial na constituição do ser.

## 8. BIBLIOGRAFIA

Als H. A synactive model of neonatal behavioral organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Phys Occup Ther Pediatr* 1986; 6 (3/4): 3-53.

Als H, Lawhon G, Brown E et al. Individualized behavioral and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for bronchopulmonary dysplasia: neonatal intensive care unit and developmental outcome. *Pediatr* 1986; 78 (6):1123-32.

Alexander R, Boehme R, Cupps B. Normal development of functional motor skills. Tucson, Arizona: Terapy Skill Builders; 1991.

Aragão Rode, organizador. O bebê, o corpo e a linguagem. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

Béziers MM, Hunsinger Y. O bebê e a coordenação motora. São Paulo: Summus; 1994.

Bly LA. Historical and current view of the basis of NDT. *Pediatric Physical Therapy* 1991; 3:131-35.

Bly L, Hallway M. Baby Course: Apostila para o aluno. Belo Horizonte: Sensorial consultório de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia; 1997.

Brazelton TB. Neonatal behavioral assessment scale. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1984.

Brazelton TB, Cramer B, Kreisler L, Schappi R, Soulé M. A dinâmica do bebê. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.

Brazelton TB. O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.

Brazelton TB, Cramer BG. As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes; 1992.

Bosma JF, Logan WJ. Oral and Dysphagia in infancy. *Pediatric Clinics of North America* 1967; 14: 47-61.

Burns Y et al. Development of oral function in pré-term infants. *Physiotherapy Practice an International Journal* 1987;3: 168-178.

Busnel MC. A sensorialidade do feto e do recém-nascido. In: Wilhelm J (organizadora). *Relação mãe-feto: visão atual das neurociências. Humanização do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p.13-30.

Campbell SK. The infant at risk developmental disability. In: Campbell SK. *Decision making in pediatric neurologic physical therapy*. Philadelphia, Pennsylvania: Churchill Livingstone; 1999. p.260-40.

Creger PJ, editora. *Developmental interventions for preterm and high-risk infants*. Tucson(Arizona): Terapy Skill Builders; 1995.

Cunha I da. A revolução dos bebês: aspectos de como as emoções esculpem o cérebro e geram os comportamentos no período pré e perinatal. *Rev da SPRJ* 2001; 2 (1):102-28.

Cunha I da. Neurobiologia do vínculo: as emoções da experiência interativa do recém-nascido, como catalisadoras do crescimento do cérebro em desenvolvimento no período perinatal. In: Corrêa FL, Corrêa MEG, França PS (organizadores). Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: L.G.E; 2002. p.353-387.

Cunha I da. A base biomolecular das emoções. In: Wilhelm J (organizadora). Relação mãe-feto: visão atual das neurociências. Humanização do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p.83-108.

Cunha I da. Entrevista com a Dra. Iole da Cunha. Rev da SPRGS [periódico online] 2004[citado 2005 Mai 10];[4 telas].

Disponível em: <http://www.abebe.org.br/arquivos/entrevista%20Iole.htm>

Dargassies Saint-Anne. Desenvolvimento neurológico del recién nacido de término y prematuro. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1977.

Dargassies Saint-Anne. As bases do desenvolvimento neurológico do lactente. São Paulo: Manole; 1980.

Davis M, Wallbridge D. Limite e espaço. Rio de Janeiro: Imago; 1982.

Dias EO. A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott. Rio de Janeiro: Imago; 2003.

Diamant NE. Development of esophageal function. Am Rev Respir Dis 1985;131: 29-32.

Ferraz SBdeT. Estudo sobre o atendimento fonoaudiológico na unidade neonatal: o bebê, a mãe e o fonoaudiólogo [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003.



Girolami GL, Campel SK. Efficacy of a neuro-developmental treatment program to improve motor control in infants born prematurely. *Pediatr Phys Ther* 1994; 6:175 – 84.

Golineleo MTB. Curso Básico Neuroevolutivo – Conceito Bobath: apostila para o aluno. Rio de Janeiro, RJ; 2002/2003.

Hack M, Estabrook MM, Robertson SS. Development of sucking rhythm in preterm infants. *Early Human Development* 1985;11: 133-140

Hernandez AM. Atuação fonoaudiológica em neonatologia: uma proposta de intervenção. In: Andrade CRFde (organizadora). *Fonoaudiologia em berçário normal e de risco*. São Paulo: Lovise; 1996. p.43-98.

Hernandez AM. Proposta de intervenção global. In: Hernandez AM. *O neonato*. São José dos Campos, São Paulo: Pulso; 2003. p.15-23.

Hernandez AM. Atuação fonoaudiológica com o sistema estomatognático e a função de alimentação. In: Hernandez AM. *O neonato*. São José dos Campos, São Paulo: Pulso; 2003. p.47-78.

Humphrey T. Embryology of the central nervous system with some correlations with functional development. *Alabama J Med Soc* 1964; 1: 60-64.

Lacerda ETde. Sistema sensório-motor oral: a técnica no centro da questão. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo 1998;10(1):117-25.

Lacerda ETde. Reflexões sobre a terapia fonoaudiológica da criança paráliticocerebral. São Paulo: Memnon; 1993.

Lacerda ETde. A intervenção do especialista na relação de uma criança não falante com sua mãe em tempos de constituição. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo 2002;13(2):351- 57.

Lana APB. *O livro de Estímulo à amamentação*. São Paulo: Atheneu; 2001.

Lang S. *Aleitamento do lactente*. São Paulo: Santos; 1999.

Lebovici. *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.

Maia SM. A constituição da função terapêutica em fonoaudiologia: uma perspectiva winnicottiana. Programa de estudos pós-graduados em fonoaudiologia. PUC-SP; 2º semestre; 2004 (informação verbal)

Morris SE, Klein MD. *Pre - feeding skills: A comprehensive resource for feeding development*. 2<sup>nd</sup> ed. San Antonio, Texas: Terapy Skill Builders; 2000.

Oetter P, Richter EW, Frick S. *M.O.R.E: Integrating the mouth with sensory and postural functions*. 2<sup>nd</sup> ed. Minnesota: PDP Press; 1995.

Oliveira RGde. *Black book: manual de referência de pediatria, medicamentos e rotinas médicas*. 2ª ed. Belo Horizonte: Black Book; 2002.

Oliveira RGde. *Black book: manual de referência de pediatria, medicamentos e rotinas médicas*. 3ª ed. Belo Horizonte: Black Book; 2004.

Proença MG, Hernandez MH. Desenvolvimento sensório motor da sucção e deglutição em recém-nascidos pré-termo com alterações genéticas ou problemas outros que exijam alimentação por sonda ou estomia. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo 1987; 86-100.

Silva AVFG, Sekiya SR, Coelho VdeM, Ribeiro VAdeLG. Manual de aleitamento materno para serviços de saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Prefeitura Municipal de Betim. Belo Horizonte: Cellus; 1999.

Sheahan MS, Brockway NF. The high-risk infant. In: Tecklin JS. Pediatric physical therapy. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1994. p.56-88.

Shore A. Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry[periodico online] 2002 [citado 2005 Jun 10]; 36: [21 telas]. Reprinted at: <http://www.trauma-pages.com>

Shore R. Repensando o cérebro: novas visões sobre o desenvolvimento inicial do cérebro. Porto Alegre: Mercado Aberto; 2000.

Soare CX. Avaliação dos padrões de sucção em recém-nascidos prematuros visando a transição da alimentação de sonda gástrica para via oral [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.

Soussumi Y. Funções psicológicas e a teoria neuronal. In: Wilhelm J (organizadora). Relação mãe-feto: visão atual das neurociências. Humanização do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p.31-70.

Souza RFde. A clínica fonoaudiológica com bebês: constituição e particularidades [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2004.

Stoll BJ, Kliegman RM. The high-risk infant. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson textbook of pediatrics. 17<sup>a</sup> ed. Saunders, Philadelphia; 2004. p.523-36.

Stoll BJ, Kliegman RM. The high-risk infant. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson textbook of pediatrics. 17<sup>a</sup> ed. Saunders, Philadelphia; 2004. p.547-59.

Sweey JK, Swanson MW. Neonatos e bebês de risco: manejo em UTIN e acompanhamento. In: Umphred DA. Fisioterapia neurológica. 2a ed. São Paulo: Manole; 1994. p.181-36.

Umphred DA, editor. Fisioterapia Neurológica. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Manole; 1994.

Vinha VHP. O livro da amamentação. São Paulo: Balieiro; 2000.

Wilhelm IJ. The neurologically suspect neonate. In: Campbell SK (editor). Clinics in physical therapy. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Churchill Livingstone; 1991. p.67-00.

Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: textos selecionados. 2a ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1982. p.40-9.

Winnicott DW. Estabelecimento da relação com a realidade externa. In: Winnicott DW. Natureza Humana. Rio de Janeiro: Imago; 1990. p.120-35.

Winnicott DW. O ambiente e o processo de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.

Winnicott DW. A criança e seu mundo. 6<sup>a</sup> ed. São Paulo: Zahar; 1985.

Winnicott DW. Os bebês e suas mães. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

Wolf SL, Glass RP. Feeding and swallowing disorders in infancy: assessment and management. San Antonio, Texas: Therapy Skill Builders; 1992.

World Health Organization. Evidence for The Ten Steps to Successful Breastfeeding. Division of Child Health and Development. Geneva; 1998.

Xavier C. Assistência à alimentação de bebês hospitalizados. In: Bassetto MCA, Brock R, Wajnsztein R. Neonatologia um convite a atuação. São Paulo: Lovise; 1998. p.255-75.

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### 1. *Título do estudo:*

O Recém-Nascido Pré-Termo Em Unidade De Terapia Intensiva Pediátrica E Problemas De Alimentação: do manuseio aos cuidados com a mãe.

### 2. *Objetivo do estudo:*

O objetivo do presente trabalho é delinear os princípios e as técnicas fonoaudiológicas utilizadas com o Recém-Nascido Pré-Termo Extremo(RNPTE) em Unidade De Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) com problemas de alimentação, envolvendo os manuseios realizados pela pesquisadora e cuidados com o ambiente, representado pela mãe. Esse aspecto é fundamental dentro do processo de atendimento para que a mãe possa reconhecer e atender as necessidades de seu bebê.

### 3. *Procedimentos:*

No caso de concordar em participar da pesquisa:

- Serei solicitada a dar entrevistas informando sobre a minha gravidez, o nascimento do bebê, sua história clínica, as maneiras através das quais esta sendo alimentado e como percebo o meu filho. Todas as entrevistas serão agendadas de acordo com a minha conveniência.
- Serei solicitada a permitir que a pesquisadora efetue os procedimentos necessários ao desmame da sonda de alimentação sempre em acordo com a equipe da UTIP, Berçário e ou Pediatria e me auxiliando na aproximação inicial com o bebê.
- Serei solicitada a permitir que a pesquisadora acompanhe a evolução clínica do bebê, o que inclui os procedimentos de manuseio que possam facilitar a organização e a alimentação do bebê com adequada combinação da sucção, deglutição com a respiração para aquisição da sucção eficiente, viabilizando a retirada da sonda de

alimentação. Durante o atendimento, posso estar presente, participar e receber orientações para dele cuidá-lo.

- A frequência deste acompanhamento será de quatro a cinco vezes por semana, dependerá da necessidade do bebê e também das minhas possibilidades de alimentá-lo com segurança e assim obter a alta hospitalar.
- Estou ciente que, se for necessária à continuidade do tratamento fonoaudiológico serei encaminhada, após a alta hospitalar.

#### 4. *Riscos e desconfortos:*

A condição de riscos é inerente à própria condição do bebê e não se refere diretamente aos procedimentos da pesquisa. Assim, durante todo o período de internação do bebê, desde a UTIP até ser encaminhado para o berçário eu o apartamento na pediatria, o bebê será monitorizado por equipamento de monitor cardíaco e de saturímetro. Em relação aos procedimentos da pesquisa, cuja modulação deverá levá-lo à sucção eficiente, os cuidados serão tomados para prevenir e minimizar o estresse e/ou fadiga, além da bronco aspiração.

#### 5. *Benefícios:*

Compreendo que podem existir benefícios diretos para mim e para o bebê enquanto participante deste estudo. Os resultados deste estudo podem ajudar o pesquisador a compreender a importância do manuseio global no corpo do bebê para a sua alimentação e para o seu desenvolvimento, bem como o envolver a mãe neste processo, desde os momentos iniciais da vida do bebê. Além disso, os resultados obtidos aprofundarão caminhos na área de tratamento fonoaudiológico, daí a importância de torná-los públicos, independentemente do seu teor, para a comunidade científica interessada.

## 6. *Direitos do Participante:*

Eu posso me retirar deste estudo a qualquer momento, sem que isto implique em perda de direitos pré-existentes, prejuízo no relacionamento profissional, pessoal e no tratamento da patologia do bebê.

## 7. *Compensação Financeira*

Não estão previstas no projeto.

## 8. *Confidencialidade:*

De forma a registrar o que está ocorrendo durante a pesquisa, eventualmente registros de imagens, fotos e vídeos serão usados. As imagens serão analisadas somente pelos pesquisadores envolvidos na pesquisa. Compreendo que os resultados deste estudo, poderão ser publicados, em jornais, revistas e congressos científicos, mas a minha identidade e a de meu filho não serão reveladas, a menos que a lei o requisite.

Todos os dados deste estudo terão garantia de sigilo restrita ao responsável pela supervisão das atividades de pesquisa durante a coleta de dados no CTI Pediátrico ( Dr Reynaldo Gomes de Oliveira- Coordenador do CTI pediátrico).

## 9. *Garantia de Acesso:*

Se tiver dúvidas posso telefonar para a pesquisadora Jaqueline Abrantes Pêgo, nos telefones 9601-2429; 3225-2011 consultório; 3581-2602 residência. A comissão de ética em pesquisa do IPSEMG poderá ser contatada pelo telefone: 3237-2145.

Eu compreendo meus direitos como responsável legal pela criança e voluntariamente consinto em participar deste estudo. Compreendo sobre o quê, como e por que este estudo está sendo feito. Receberei uma cópia assinada deste formulário de consentimento.



Data e local:

**Nome completo da criança:**

**Nome completo do responsável legal e grau de parentesco:**

**Assinatura:**

**Pesquisador Principal:** Jaqueline Abrantes Pêgo

**Assinatura:**