



PUC RIO

DENISE STRETT MORSCH

O DESENVOLVIMENTO AFETIVO EM SITUAÇÃO DE ALTO RISCO
NEONATAL UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE INTERAÇÃO

Dissertação de Mestrado

Departamento de Psicologia

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro, 06 de março de 1990

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea

CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil

<http://www.puc-rio.br>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - INSTITUTO DE PSICOLOGIA
LABORATÓRIO DE PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

Nome completo: _____
Número de matrícula: _____
Número de ordem: _____
Data de nascimento: _____
Assinatura: _____

Assinatura do responsável

N.Chamada: 150 / M884 / TESE UC
Título: O desenvolvimento afetivo em situação de



0 0 4 4 0 0 0

Ex: 1-CENTRAL 2166

Denise Streit Morsch

O DESENVOLVIMENTO AFETIVO EM SITUAÇÃO DE ALTO RISCO NEONATAL
UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE INTERAÇÃO.



Dissertação apresentada ao
Departamento de Psicologia da
PUC/RJ como parte dos requisitos
para obtenção do título de Mestre
em Psicologia Clínica.

Orientadora: Maria Euchares Motta

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 06 de março de 1990.

VC 27805-6



150
M884
TEXE UC

Ao Cláudio,

com quem aprendi que sonhar e
realizar é possível.

A Carolina,

com quem vivo a alegria de
criar e desenvolver.

meus queridos parceiros numa vida
de rica e prazerosa interação.

AGRADECIMENTOS

Ao Serviço de Neonatologia do Instituto Fernandes Figueira, através dos drs.

José Maria de Andrade Lopes e
Manoel de Carvalho, pela possibilidade da realização deste estudo.

À toda equipe médica e de enfermagem pelo apoio e paciência durante minha permanência no ambiente de trabalho, e muito especialmente às dras.

Maria Dalva Barbosa Baker Meio,

Rosane Reis de Mello e

Maria Amélia Sayeg Porto

um exemplo de afetiva preocupação numa escolha profissional.

Aos bebês deste estudo, em cuja luta pela vida mostravam que por não ser fácil não significa ser impossível.

Aos pais destes bebês, que em seu amor às vezes confuso, às vezes calado são capazes de vencer a crise e deixar surgir a interação.

À dra. Maria Euchares Motta, orientadora deste estudo.

A todas aquelas pessoas que em alguns ou vários momentos participaram deste trabalho, que não é apenas resultado de um momento mas de um questionamento em minha vida profissional.

Ao CNPq pela bolsa de estudos recebida durante meu Curso de Mestrado.

RESUMO

Este estudo exploratório realizado num Serviço de Neonatologia de um hospital público da cidade do Rio de Janeiro, trata sobre o processo de desenvolvimento afetivo na situação de alto risco em Neonatologia.

Através da observação sistemática realizada durante doze meses, entende o Recém-nascido, sua família, equipe e ambiente de atendimento como parceiros nas trocas afetivas decorrentes desta situação.

Além disto, procura sinalizar outros aspectos do atendimento intensivo como intervenientes no processo interativo destes bebês. Mostra que em relação a sua futura vida afetiva, o alto risco pode surgir através de fatores sócio-familiares que transpõe as fronteiras do atendimento clínico sistematizado para seus cuidados.

ABSTRACT

This exploring study which has been accomplished at a Neonatological Service of a public hospital in Rio de Janeiro is concerned with the affective developing process in the high risk situation in Neonatology.

Throughout the systematical observation which has been performed during twelve months, the neonate, its family, team and attendance environment are taken as copartners in the affective exchanges resulting from this situation.

In addition it tries to focus other aspects besides the intensive attendance as interverientes in the interactive process of these neonates. It shows that concerning its future affective life the high risk may come up by social-family factors which overpass the systematic medical attendance limits.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I - O PERCURSO ATÉ O ESTUDO	4
I.1.A - Situação de Alto Risco em Neonatologia como objeto de estudo	4
I.2.A - A Escolha da Metodologia	9
I.3. - Os vários Parceiros - Caracterização da População Estudada	13
I.4. - Os Diversos Momentos do Estudo	16
A apresentação e o contato inicial.....	21
As descobertas no Berçário de Alto Risco e Berçário Intermediário.....	24
As descobertas no Follow-up	31
CAPITULO II - O RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO: PERSONAGEM CENTRAL DESTA HISTÓRIA	38
II.1. - Processo de Desenvolvimento Afetivo e Interativo	38
A abordagem teórica.....	38
A abordagem proposta pela observação ..	48
II.2. - O Recém-Nascido de Alto Risco, Isolado no Atendimento Intensivo.....	53
As formas de comunicação do recém-nascido de alto risco.....	62
II.3 -O Recém-Nascido de Alto Risco Acompanhado, no Follow-up.....	66

CAPÍTULO III - A UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO, MEIO-AMBIENTE E PARCEIRO DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO	77
CAPÍTULO IV - A FAMÍLIA - MAIORES PARCEIROS DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO	85
IV.1. - Abordagem Teórica	85
A chegada de um bebê na família	86
O nascimento do recém-nascido de alto risco.	94
IV.2 - A Família Durante a Internação.	101
O pai.	111
Outros membros familiares.	115
IV.3. - A Família no Follow-up	118
IV.4. - As Entrevistas Familiares	124
CAPÍTULO V - A EQUIPE DE ATENDIMENTO, NOVOS PARCEIROS DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO	130
V.1. - O Médico Neonatologista. Primeiro Cuidador.	131
A chegada do recém-nascido para o atendimento intensivo	133
O atendimento cuidadoso do recém-nascido de alto risco.	138
A alta do recém-nascido de alto risco	141
V.2 - A Enfermagem. Proximidade e Modelo para a Família	144

DISCUSSÕES	150
A Compreensão da situação de Alto Risco	151
ANEXO 1 - GLOSSÁRIO	172
ANEXO 2 - Quadros Clínicos da População estudada	175
ANEXO 3 - O Follow-up.....	180
ANEXO 4 - Fragmentos do Diário de Campo	183
A - Na apresentação e contato inicial	183
B - No Berçário de Alto Risco	184
C - No Follow-up	185
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	186

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo desenvolvi trabalho clínico em Psicologia, recebendo crianças e suas famílias para avaliação, acompanhamento e orientação.

Para tanto utilizava um referencial teórico que possibilitava através de um enfoque retrospectivo, formular a dinâmica do desenvolvimento afetivo desta família que viesse a facilitar a escolha de minha abordagem terapêutica.

Ao começar a trabalhar com bebês que apresentavam dificuldades em seu desenvolvimento neuropsicológico, surgiram questões sobre aspectos específicos de seu desenvolvimento afetivo que não encontravam respostas neste mesmo referencial teórico.

Buscando maiores informações, deparei-me com uma frase de Aristóteles que mobilizou minha vontade de aprender, sugerindo uma nova abordagem:

"Quem vê as coisas desde seu início terá delas uma melhor imagem".

Era o estímulo que precisava para percorrer este caminho que propus para meu estudo. Começaria por conhecer o recém-nascido e sua família a partir de seu nascimento e de suas primeiras vivências extra-uterinas.

Assim, poderia pontuar, pelo menos para mim, sinais realmente significativos no processo de desenvolvimento afetivo, durante a sua ocorrência.

Muita pretensão no início, acreditei ser possível estudar todo o primeiro ano de vida destas crianças que nascem com comprometimento orgânico. Agora, sinto-me gratificada por ter conseguido nestes tres anos de estudos (entre o Curso de Mestrado e a realização desta pesquisa) conhecer melhor o que ocorre na situação de alto risco^(*) em Neonatologia e que envolve o recém-nascido, sua família, a equipe e o ambiente proposto para seu atendimento.

Sei que apenas introduzi um estilete num dado momento de toda esta situação, trazendo comigo uma pequena amostra deste processo de desenvolvimento afetivo. Mas ao tentar seguir a trajetória deste recém-nascido e seus parceiros, foi surgindo uma curiosidade científica e profissional de mais investigar e aprender. O estudo exploratório através da observação sistemática, foi algo que pelo menos para mim, mostrou-se muito sedutor, definindo que devo continuar.

Ao mesmo tempo que trago estas idéias, penso na simplicidade de tudo aquilo que apresento logo após esta introdução e na complexidade do processo estudado. Minha tranquilidade é que este é o início - o primeiro trabalho, mas que

teve o mérito de me introduzir num novo e rico campo da Psicologia - da pesquisa do processo de desenvolvimento interativo (*) e, conseqüentemente, afetivo.

Assim motivada passo a contar uma história através dos aspectos interativos surgidos entre os vários personagens deste estudo. E ao entender esta situação como parte da história de vida destas pessoas, as considero em alguns momentos como personagens, mas na verdade são parceiros que estabelecem na relação a troca afetiva, mesmo que por intermédio da atividade profissional.

Penso o mesmo sobre o ambiente da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, que pode ser o espaço cedido para os personagens interagirem, mas que antes de mais nada é um participante ativo de todo processo interativo.

(*) para melhor compreensão do significado dado neste texto ver anexo 1 - Glossário.

CAPÍTULO I

O PERCURSO ATÉ O ESTUDO

I.1.A - Situação de Alto Risco em Neonatologia Como Meu Objeto de Estudo

Minha idéia inicial era estudar o desenvolvimento afetivo naqueles recém-nascidos que apresentassem ao nascer comprometimento em área neurológica. Discutindo esta idéia com médicos pediatras responsáveis pelo atendimento destas crianças, algumas informações práticas e teóricas me fizeram rever tal escolha.

À maioria da população de recém-nascidos que são atendidos numa Unidade de Tratamento Intensivo apresenta como causa de sua internação, prematuridade, aliada ou não a outros fatores como baixo peso, dificuldades respiratórias, malformações cardíacas, comprometimento neurológico, etc. Isto dificultaria uma seleção na amostra de crianças com apenas uma causa para sua internação. Por outro lado, há uma grande dificuldade de tão precocemente, nestes recém-nascidos, diagnosticar com precisão a ocorrência de danos ao Sistema Nervoso. Só a partir da observação de seu processo de desenvolvimento será possível uma certeza sobre a permanência ou não de sequelas nesta área, tendo em vista a grande capacidade de recuperação destas crianças.

Além disto, considerado de alto-risco, o bebê encontra-se em estado grave. Com isto suas respostas aos estímulos estarão comprometidos, determinando que qualquer avaliação realizada nesta ocasião deve ser tomada como algo situacional. Desta forma, poderia iniciar o trabalho com um grande número de crianças e posteriormente estas não fariam mais parte da categoria estabelecida para o estudo.

Resolvi então, conhecer melhor a situação que é comum a todos recém-nascidos de alto risco, qual seja o atendimento intensivo necessário para sua sobrevivência e as prováveis interferências no processo afetivo, especialmente interativo, que daí podem surgir.

Esta opção ampliou meu campo de estudo, que não ficou restrito a uma categoria de bebês que mais facilmente podem ser considerados como prováveis portadores de futuras dificuldades. Ao mesmo tempo dei ênfase à minha questão quanto ao que poderá ocorrer com o desenvolvimento destes bebês. Pois nestes casos, somente mais tarde, após a alta hospitalar, quando a situação de risco já tiver sido debelada é que os comprometimentos mais específicos como o neurológico vão surgir como prioridade, determinando ou não interferências em área perceptiva, de linguagem, motora, etc ...

Assim é que meu objeto de estudo passou a ser
- a preocupação de conhecer o processo de interação do

recém-nascido de alto risco,

- as ocorrências que fazem parte de seu atendimento,

- a participação do bebê, do ambiente, da família e da equipe nesta situação,

- a pontuação de aspectos do processo interativo que vão se estabelecendo entre estes vários parceiros durante o período de internação e primeiros meses após a alta e

- o fato disto ocorrer dentro de um ambiente hospitalar, caracterizado pelo atendimento intensivo.

Surgiram as questões - como se dá o desenvolvimento afetivo, mais especificamente o processo interativo em recém-nascidos de alto risco junto àquelas pessoas envolvidas nesta situação ?

- como ficam a família, a equipe nesta situação ? O que tanto uma quanto a outra dispõe para auxiliar, ou o que propõe que dificulta ou facilita este relacionamento ?

- qual a participação do recém-nascido nesta relação?

- o que representa o meio ambiente aqui caracterizado como o atendimento em Unidade de Tratamento Intensivo? Também ele determina comportamentos ou apenas serve de espaço para estes personagens realizarem suas trocas afetivas?

Trata-se sem dúvida, de uma proposta de estudo muitas vezes discutida e com jeito de "uma velha conhecida". Mas o

envolvimento neste campo científico, a partir da Psicologia, ainda é muito incipiente pois vem sempre de um enfoque teórico desenvolvido sobre crianças normais, ou sobre aquelas que se encontram em psicoterapia.

Assim é para WINNICOTT (1988) que numa conferência realizada em 1948, pressupõe para seus estudos do desenvolvimento infantil, um cérebro sadio. Conforme este autor, a psiquiatria e a psicanálise não teriam como estudar o desenvolvimento de outra forma, uma vez que necessariamente comprometimentos em áreas do Sistema Nervoso determinam sequelas em área afetiva. Afirma também que muito ainda deve ser descoberto quanto ao desenvolvimento normal, o que o faz preferir tais estudos.

O mesmo coloca SPITZ dez anos mais tarde, 1958 (editado em 1972) : "intencionalmente nos limitamos a instituições que só se ocupam de crianças sãs" (...) "excluindo por exemplo, cegos de nascimento e muito prematuros." (p. 79).

Para MELANIE KLEIN (1979)* a ocorrência de fatores adversos nos meses iniciais da vida de qualquer bebê, acarretaria dificuldades em seu desenvolvimento afetivo. Assim, no caso dos recém-nascidos de alto- risco, não se poderia, a

(*) editada no Brasil em 1979 mas divulgada em 1943 através de conferências na Sociedade Britânica de Psicanálise.

partir de suas formulações, esperar um desenvolvimento normal, uma vez que, segundo a autora, durante os primeiros meses de vida o bebê encontra-se na posição esquizo-paranóide onde são muito fortes as fantasias hostis em relação ao mundo ambiente. Nesse período, a criança deveria experimentar o prazer e a gratificação especialmente oral, como proteção externa contra tais fantasias. Ora, no caso do recém-nascido de alto-risco a vivência real é de dor e perigo vital. Não se trata de fantasia mas sim de realidade. Como estas crianças poderiam então vir a desenvolver relações afetivas de confiança e segurança se lhes falta a vivência real do prazer e da gratificação?

Frente a tais pressupostos, abandonei uma visão limitada por um determinismo causal onde o comprometimento orgânico inicial levaria necessariamente a dificuldades e parti para uma compreensão realmente dinâmica e abrangente deste processo. A proposta é ultrapassar fronteiras que circunscrevem o diagnóstico e o prognóstico de alto risco e conseguir uma visão mais ampla que responda a uma realidade de toda esta situação vivida pelo recém-nascido, família, equipe e minha própria inserção neste processo.

I.2.A - A Escolha da Metodologia

O estudo do processo interativo na população caracterizada como de alto risco em Neonatologia, traz um grande desafio quanto a escolha da metodologia.

Se mesmo no recém-nascido normal em seus primeiros dias de vida não se tem claramente uma distinção entre aspectos físicos e afetivos, nos casos aqui estudados isto é ainda mais presente. A grande debilidade orgânica, alia-se a imaturidade perceptiva e cognitiva. Com isto as dúvidas quanto ao desenvolvimento afetivo é maior, pois todo seu instrumental de comunicação e de reação ao meio ambiente está comprometido.

Entendendo que tais fatos interferem nos cuidados dispensados pelas pessoas que o cercam vão dispensar em seus cuidados, fica claro que seu desenvolvimento interativo difere daquele esperado para o recém-nascido normal.

Além disso, não podia contar com a linguagem ou participação mais intensa deste personagem central do trabalho. Precisava encontrar nele e no comportamento das pessoas envolvidas, sinais significativos do que não era verbalizado, mas apenas vivido de uma forma muito intensa.

Estas questões me encaminharam minha escolha para observação sistemática como método de estudo.

Especialmente tendo em vista o reconhecido mérito dela influenciar o menos possível sobre os fatos observados, por facilitar a investigação e possibilitar um maior número de focos ou campos de atenção, inclusive para futuras pesquisas ou estudos (ANGUERA, 1978).

Ainda mais por ser indicada para o estudo de sujeitos que são incapazes ou impossibilitados de dar informações verbais sobre seus comportamentos onde os dados são observados durante sua ocorrência, diminuindo a possibilidade de distorção temporal (ARNAU, 1978).

No decorrer do trabalho porém, questionei muito o quanto as observações e as inferências realizadas são influenciadas por um posicionamento pessoal e teórico. A forma com que cada um de nós - pais, equipe, pesquisadora observavam e pensava sobre cada um dos bebês, parte de referências completamente distintas. Enquanto a equipe médica preocupava-se com o risco de infecções, com o desgaste físico do bebê, impondo a norma de "mínimo manuseio possível", o que inevitavelmente se restringe ao contato agressivo e doloroso de exames, sondas, medicações, etc... meu posicionamento que parte de uma orientação que prioriza o afetivo, mudaria a norma para o "máximo manuseio possível". Isto, tendo o objetivo de que a estimulação prazerosa e o contato físico gerariam no bebê e na família a descoberta e o contato de um outro corpo que por sua vez confirmaria para o bebê a sua existência e para o casal sua condição de pais.

Porém, numa situação de pesquisa é necessário, conforme ESTHER BICK (citada por MELLEGA, 1987) uma conduta de "conviver com a realidade presente sem se sentir impulsionada a modificá-la quando esta se torna insuportável, mas sim a pensar sobre ela ". Premissa esta que adotei como forma de alcançar as informações e a aprendizagem desejada.

E mais, muitas vezes devem ser reformulados conceitos pré-existentes para que a observação seja enriquecida de todas as informações, até das vivências do observador. Só assim, o trabalho de pesquisa, pela observação, torna-se mais instigante e intrigante, permitindo gradativamente que o foco seja ampliado e se inicie um caminho criativo na descoberta do objeto de estudo.

Autores como SPITZ (1972)*, WINNICOTT (1988)*, KLEIN (1969)*, BOWLBY (1984)* entre tantos outros, utilizam a mesma metodologia para o estudo do desenvolvimento afetivo dos bebês. Sempre sugerindo sua legitimidade face as condições e características existentes nesta faixa etária. SPITZ e BOWLBY inclusive, propõe a utilização da observação aliada a múltiplas teorias como da comunicação e etologia, além da psicanálise.

Estas idéias permanecem até hoje e provavelmente vão

(*) estas datas correspondem as publicações utilizadas e não a época em que estes autores realizarem seus estudos. Porém, suas considerações em relação a metodologia podem ser considerados contemporâneos.

perdurar.

Atualmente autores que vem se dedicando ao estudo de bebês tem discutido suas descobertas num processo que chamam de "interação". Temos entre elas Cramer, Lebovici, Brazilton ... que colocam evidência um funcionamento muito precoce de aspectos afetivos surgidos através da instrumentação perceptiva do bebê e das pessoas que lhe estão próximas. Com isto fica mais claro que somente a observação aliada a um maior instrumental teórico permitirá novas descobertas deste início de vida afetiva de qualquer indivíduo, pois é ela que permitirá estudar tais fenômenos durante sua ocorrência.

Além da observação sistemática, senti necessidade de maiores informações por parte dos familiares. Realizei então entrevistas, tentando resgatar pela palavra dos pais, vivências ocorridas pela situação que se encontram frente ao estado de seu bebê.

Através destes relatos familiares, conheci um pouco mais sobre o início do processo de desenvolvimento afetivo e interativo, que tem na figura dos pais um de seus personagens mais significativas, e principalmente confirmei o que vinha encontrando através da observação.

I.3 - Os Vários Parceiros. Caracterização da População Estudada.

O estudo compreendeu a observação daquelas pessoas envolvidas na situação de nascimento de um bebê de alto risco, quais sejam - bebês, família e equipe de atendimento sem uma escolha ou delimitação para sua inclusão amostra além do período escolhido para sua realização. Eram observados enquanto encontravam-se na internação ou quando vinham para acompanhamento no Follow-up.

O período de observação entre os diversos locais (Berçário de Alto Risco, Berçário Intermediário e ambulatório de Follow-up), mostrou uma rotatividade muito grande de crianças, dificultando um registro sistemático de cada uma isoladamente.

Muitas crianças permanecem pouco tempo no atendimento intensivo. Muitas vezes ao retornar para o Berçário de Alto Risco após um ou dois dias de ausência, tinha a surpresa de que a maioria dos bebês que havia observado já haviam recebido alta hospitalar. Já outros necessitam um tempo maior, até meses, o que permitia uma observação mais cuidadosa.

O mesmo ocorria com a equipe de atendimento. A existência de estágios, residências tanto na área médica como de enfermagem, aumenta consideravelmente o número de pessoas ligadas ao atendimento, ao mesmo tempo que concorre para sua rotatividade de pessoal pela existência de plantões, impedindo

inclusive um contato mais sistemático entre os vários integrantes da equipe.

Outro aspecto significativo é que esta instituição e o atendimento que oferece, são considerados de alto nível, servindo como serviço de referência. Com isto, há uma grande procura por parte dos familiares, bem como de pessoal preocupado com formação profissional nesta especialização. Decorre daí uma heterogeneidade na população atendida e na própria equipe de atendimento.

Por tratar-se de uma instituição pública, a maioria das famílias encontra-se num nível sócio-econômico baixo, apesar de serem atendidas também famílias pertencentes a classe média.

Pelo número reduzido de instituições que atendem esta população, o atendimento não se restringe a um bairro específico da cidade. Pode ser observado um número expressivo de moradores da Rocinha, mas esta não constitui exclusividade, havendo também muitos atendimentos de recém-nascidos do Grande Rio e de outros municípios.

A faixa etária que corresponde à população deste estudo, compreende recém-nascidos com poucos minutos de vida até crianças de cinco anos de idade. Como a preocupação era de conhecer a situação de alto risco, nos diversos locais de atendimento, não houve delimitação de idade. Nos Berçários de Alto Risco e Intermediário, a criança observada não ultrapassava dois meses de

idade, mas no Follow-up como a observação se processava durante as atividades de ambulatório propostas para aquela manhã, muitas destas crianças já estavam numa faixa etária entre dois, tres anos ou até mesmo cinco anos.

Neste acompanhamento, o número de atendimento em apenas um turno pode variar de nove a dezoito (ou até mais), dependendo das necessidades da população, surgidas por emergências e pelo aumento crescente de crianças que vem retornando para o seguimento. Com isto ficava difícil um registro total do número de pessoas observadas, pois devem ser lembrados pais, avós, acompanhantes, etc...

Em anexo (Anexo 2) encontra-se um tabela com os principais diagnósticos da população atendida até hoje no Follow-up. Este levantamento foi realizado a partir de registros que a equipe vem tendo o cuidado de organizar para um estudo posterior desta população. Refere-se apenas ao diagnóstico daqueles bebês que já tiveram alta hospitalar e vem retornando para o seguimento.

O número apresentado não deve ser entendido como o número de crianças observadas pois muitas mostram mais que uma complicação orgânica.

A tabela traz como principais motivos de atendimento intensivo e atual acompanhamento destas crianças, a prematuridade (297 casos), com prevalência de peso ao nascer compreendido entre

1000 grs. e 1499 grs. Seguido logo após pelos quadros de asfixias (118 casos) leves, modéradas e graves, logo após outros neurológicos, respiratórios, incompatibilidade sanguínea, etc.

A realização deste estudo coincidiu com um momento em que todo Serviço de Neonatologia vinha mostrando um cuidado maior com o trabalho de Follow-up ocorrendo uma preocupação de estimular os pais a comparecerem na primeira semana pós-alta. Com isto, houve uma concentração da população dos bebês na faixa etária correspondente ao primeiro ano de vida. Muitas das crianças que conheci no berçário e foram observadas no Follow-up, ao terminar o trabalho já se encontravam próximas de seu primeiro aniversário. Muitas já engatinham, batem palmas, abanam ao despedirem-se do atendimento, estão quase ou já caminhando, deixando para trás e de forma pouco nítida a lembrança de sua imagem na incubadora, com sondas, monitorização a intensa hipotonia e letargia.

I.4 - Os Diversos Momentos do Estudo.

Para poder realizar o que me propunha - estudar o início do processo interativo naqueles recém-nascidos de alto-risco, precisei encontrar um local que permitisse a observação de todas atividades realizadas no atendimento destas crianças.

Isto exige uma rotina de cuidados especiais que podem ser considerados sofisticados para a realidade brasileira. Assim é, que não são muitos os locais na cidade do Rio de Janeiro, que oferecem à população atendimento especializado nesta área.

Esta procura levou-me até uma instituição que de acordo com informações obtidas junto a vários profissionais da área médica e mesmo de colegas psicólogos, mostra-se interessada em pesquisa e formação de pessoal especializado para atender esta população.

Através de uma carta de apresentação, fornecida pela Chefia do Departamento de Psicologia e encaminhada à direção do hospital e desta até outras instâncias da instituição e do próprio Serviço de Neonatologia, obtive permissão para iniciar o trabalho.

Permaneci quinze meses na instituição. Destes, os tres primeiros foram de apresentação e discussão do projeto de pesquisa com a equipe médica do Serviço, inicialmente com o médico chefe do Berçário de Alto Risco, depois com o grupo de médicas responsáveis pelo Follow-up e com os médicos residentes.

Esses encontros foram marcados de acordo com a possibilidade da equipe e com um certo período de tempo entre uma reunião e outra. Com isto meu conhecimento do local, das instalações e das pessoas com quem iria conviver por cerca de um ano foi gradativo. Pude obter informações sobre a população e prioridade do Serviço que facilitaram minha integração ao local.

Os demais doze meses foram de contato direto, sistemático e muito próximo com o objeto de estudo, a quem dediquei cerca de oito horas semanais apenas de observação, acompanhando tudo que se referia ao seu atendimento e desenvolvimento afetivo inicial.

As observações foram realizadas em tres locais que correspondem a momentos diferentes pelos quais passa o bebê e sua família, durante o atendimento. Procurava que meu olhar encontrasse nas instalações, no manejo e manuseio destas crianças, no comportamento familiar, dados que enriquecessem meu material de estudo, quanto a intensidade de sentimentos e inquietações que surgem em decorrência desta situação.

Foi assim que acompanhei o percurso do bebê, seguindo o mesmo caminho que ele percorre em sua estada no hospital e posteriormente no ambulatório. Qual seja:

Berçário de Alto Risco - (BAR), ou Unidade de Tratamento Intensivo, onde se realiza o atendimento dos bebês que se encontram em estado muito grave e que possui normas de atendimento muito rígidas.

O manuseio dos bebês é o mínimo possível, a preocupação com a possibilidade de infecções é constante, as decisões quanto ao que fazer com a criança não podem ser postergadas. Há uma grande preocupação com a qualidade de

vida desta criança que está tão debilitada, apesar de não se discutir prognósticos no Berçário de Alto Risco, pois a preocupação reside na situação atual e o futuro ainda é uma incógnita para muitas delas. As visitas dos pais são liberadas, podendo permanecerem pelo tempo que desejarem junto ao filho.

Berçário Intermediário - (BI), onde ficam as crianças com dificuldades leves ou em vias de alta hospitalar, quando já saíram do Berçário de Alto Risco e esperam, por exemplo, ganhar peso, sugar melhor, para então irem para casa. Também existe um pequeno espaço para aqueles bebês que nascem em condições normais, mas cujas mães necessitam permanecer por um período em recuperação. O contato com estes bebês serviu como controle das condições físicas, motoras, perceptivas dos recém-nascidos de alto risco, mostrando que existe entre ambos uma distância muito grande a ser percorrida.

O manuseio dos bebês no Berçário Intermediário, não impõe as mesmas exigências do alto risco visto não se encontrarem mais numa situação grave. É possível observar mães cantando, conversando e trocando idéias entre si e com auxiliares de enfermagem, desenvolvendo atividades rotineiras com as crianças como dar banho, trocar e conversar ...

Follow-up - ou atendimento de seguimento (Anexo 3). Realizado no ambulatório da maternidade, oferece aos bebês um acompanhamento periódico e a longo prazo, a partir de sua alta.

Tem como preocupação básica acompanhar o desenvolvimento da criança, atendendo especificidades surgidas a partir do alto risco. Como as médicas responsáveis por este Serviço fazem parte do staff da internação, tem um conhecimento anterior do bebê e de sua família, o que facilita seu acompanhamento. Por outro lado, este seguimento do desenvolvimento dos bebês, oferece subsídios para modificações em critérios de atendimento nos Berçários, priorizando ou reforçando medidas consideradas significativas para uma melhor estimulação do potencial orgânico e maturativo do bebê.

Todo meu contato com o Serviço de Neonatologia ocorreu através destas tres médicas responsáveis pelo Follow-up. Pude acompanhar junto a elas não só o atendimento rotineiro mas a implantação de trabalhos de avaliações periódicas do desenvolvimento das crianças, e a realização de pesquisas sobre aleitamento materno, ausência no atendimento e levantamento da população atendida.

É aqui neste atendimento que a proximidade e consequentemente a interação entre os vários personagens é intensa. Os pais com o filho, trazem sua história familiar e através do bebê o resultado do atendimento intensivo, enquanto a médica torna-se representante da equipe na formação e manutenção deste processo interativo.

São pessoas que se encontram com o mesmo objetivo -avaliar clinicamente as condições deste bebê, dentro de um

contexto maior que apenas o ambiente familiar ou hospitalar. É uma avaliação do conjunto, das realizações de cada um dos parceiros, no processo de desenvolvimento que perseguem e cujo resultado aparece através das aquisições da criança.

Assim é, que através do percurso que fiz nestes diferentes locais, conheci o bebê no Berçário de Alto Risco, o segui no Berçário Intermediário e pude encontrá-lo no Follow-up muitas vezes brincando, sorrindo ou até mesmo caminhando.

Estes momentos se sobrepõe e mostram estreita relação entre si, pois os acontecimentos que deles fazem parte não são isolados. São dinâmicos e intensos onde um pressupõe o outro tendo em vista a preocupação de oferecer a este bebê um retorno rápido a seu caminho de desenvolvimento sadio.

Apresentação e contato inicial

Teve início nos primeiros encontros com a Direção da Instituição e com suas diversas chefias - médico chefe do Centro de Estudos, Psicóloga-chefe do Serviço de Psicologia e posteriormente com o médico-chefe do Berçário de Alto Risco do Serviço de Neonatologia.

Este encaminhou minha solicitação às médicas responsáveis pelo Follow-up que após tomarem contato e discutirem o Projeto de Pesquisa aprovaram sua realização. Promoveram então

uma reunião com os médicos residentes, que são aqueles profissionais que permanecem por um período maior junto a criança internada e sua família, considerados responsáveis por cada um dos casos ali atendidos.

Nesta reunião foram discutidas especialmente as dificuldades quanto a realização da pesquisa, tendo em vista as condições clínicas dos bebês e a metodologia que escolhi para realizá-la, além de serem comentadas tentativas de pesquisa nesta área.

Além do conhecimento de pessoal médico e do local, este período serviu para conhecer as atividades básicas desenvolvidas com as crianças. Logo após este contato que podemos chamar de "formal", a observação teve início sem uma apresentação também "formal" ao pessoal de enfermagem.

Assim é que no início tomavam-me como familiar de algum bebê, médica visitante ou residente. Fui então me apresentando durante a observação, explicando o que estava pretendendo pesquisar, meus objetivos e o tempo de permanência no local.

Penso que o motivo disto ter ocorrido deve-se basicamente ao fato de que hierárquicamente a equipe médica tem a função de determinar a terapêutica, enquanto a enfermagem ainda é muito a "executora" de tarefas. Com isto, estabelece-se uma forma única de funcionamento de qualquer atividade no local. Ainda, é muito frequente mudanças nos residentes, a presença de médicos

convidados ou estagiários, sem haver uma rotina de apresentação no pessoal novo, que rapidamente integram-se às suas tarefas.

Este período inicial também possibilitou que aos poucos conhecesse manejos e intervenções distantes daqueles adotados ou conhecidos pela Psicologia. Muitas vezes questionava o que era realizado com estes bebês, que além de permanecerem isolados em suas incubadoras, são rotineiramente invadidos pelos manuseios ou pela inadequada estimulação ambiental.

A observação destes pequenos e muitas vezes minúsculos bebês, o contato com familiares, a intervenção terapêutica e o tipo de cuidados imprescindíveis para sua sobrevivência, aliado especialmente ao alerta que fornece o conhecimento da Psicologia nestas situações, exigiu para a realização da atividade prática de pesquisa um tempo para minha aproximação de meu objeto de estudo dentro de uma orientação não mais contaminada por uma teoria e por uma prática anterior (Anexo 4 - Diário de Campo A).

Mas penso que este período de contato ou conhecimento inicial não se acaba, ele se apresenta em cada recém-nascido que chega para o atendimento, em cada familiar desconhecido, em quadros clínicos diferentes que alguma criança venha a apresentar. O resultado disto é uma riqueza e uma complexidade maior para o trabalho nesta área.

Conseguindo assim minhas primeiras referências neste local, iniciei minha participação mais constante através da

observação sistemática do que ocorre neste meio ambiente hospitalar e com os vários personagens que lá se encontram.

As descobertas no Berçário de Alto Risco e Berçário Intermediário

Meu interesse sempre foi de permanecer mais intensamente no Berçário de Alto Risco, pois desejava estabelecer já precocemente, fatores associados ao comprometimento orgânico destes bebês que podem intervir em seu desenvolvimento afetivo, mais especificamente no desenvolvimento interativo.

Assim, a observação que realizei constava do acompanhamento de tudo aquilo que ocorria com estes bebês, seja durante o manuseio por parte da enfermagem ou do médico, ou quando permaneciam completamente isolados na incubadora.

Preocupava-me em observar seus movimentos, sua localização no espaço da incubadora, os recursos e manejos terapêuticos e a inserção da família no ambiente de atendimento.

Próxima da incubadora via M. ser mudada de posição, pois o uso constante de soro edemaciava um lado ou outro de sua cabecinha. Acompanhava a médica que a atendia em suas considerações e em suas conversas com M., quando esta se encontrava melhor. Observava suas caretas ao ser espetada com agulhas para coleta de sangue, a dificuldade de permanecer muitas vezes com

o saco coletor de urina, e sua lenta recuperação após uma cirurgia cardíaca. Encontrei sua mãe, uma adolescente, sentada ao seu lado, tocando seus bracinhos, suas perninhas, olhando, parecendo preocupada com o tamanho minúsculo da filha, mas deixando visível sua imaturidade em função da idade e de suas próprias dificuldades já que é deficiente auditiva, não tem linguagem verbal, comunicando-se por gestos, e sem o apoio do companheiro, pai de M.

Eram estes os personagens que fizerm evoluir minhas observações. Os dados coletados surgiram através do processo de trocas onde alguns parceiros estão mais capacitados a dar, enquanto outro, o mais vulnerável e determinante da situação, ainda não tem estas condições.

Durante os manejos e manuseios dos bebês procurava conversar com a auxiliar ou com o médico que assim procedia. Era um contato informal onde apresentava minhas dúvidas e indagações sobre o que estava sendo executado, sobre as condições do bebê, seu aspecto físico, alguma resposta que aparecia em seu rosto ou corpo a partir de sua manipulação.

Em outros momentos quando a equipe passava a outras atividades, também acompanhava. Tanto para participar das visitas aos diversos bebês, como para alguns bate-papos informais, buscando sempre uma visão maior de todos os acontecimentos que fazem parte da situação de alto risco em Neonatologia. Por

isto, muitas vezes o recém-nascido deixava de ser o foco central da observação, passando a comentários profissionais, pessoais, para percepções sociais, discussões até políticas dos diversos integrantes da equipe.

Isto ocorria em geral, após os cuidados básicos com os bebês já terem sido desenvolvidos, enquanto outras atividades como arrumar material, organizar relatórios estavam sendo realizadas. Estas conversas refletiam o que as pessoas estavam vivendo nesta época - dificuldades salariais, falhas quanto a política de saúde, falta de material para o trabalho, a situação política e eleição presidencial que ocorreu neste ano.

Da mesma forma quando os pais das crianças compareciam para visitá-las. O foco da observação se ampliava, como uma lente que abandona o detalhe procurando um contexto maior, uma visão mais global do objeto de estudo. Inclusive afastava-me da incubadora, permanecendo à distância, buscando observar neste momento os personagens do meu estudo - bebê, pais e equipe interagindo num espaço, num ambiente caracterizado pelo atendimento intensivo.

Neste momento encontrava as tentativas destes familiares em conhecer este bebê tão diferente daquele desejado, a equipe com suas capacidades ou não de informar, estimular e sustentar a família em situação de crise. E o ambiente estabelecendo regras quanto as possibilidades deste encontro - deprimindo os pais, preocupando-os quando algum alarme de monitorização

tocava, a campânula de O_2 em algum bebê, a troca do soro, a coleta de material.

Os dados observados eram posteriormente relatados de forma exaustiva, a mais detalhada possível, junto a dúvidas, preocupações, com um cuidado especial para que fornecessem subsídios para o estudo proposto (Ver Anexo 4 - Diário de Campo).

Também lia os prontuários de cada criança observada, contendo dados sobre sua identificação, condições de nascimento, sua evolução clínica, resultado de exames, intervenções e recomendações terapêuticas.

É necessário ressaltar a especificidade destes informes quanto aos aspectos clínicos do bebê, com detalhes sobre as modificações de temperatura, crises de apnéia, paradas cardíacas e alimentação. Porém, tanto no Berçário de Alto Risco e mesmo no Intermediário, não aparecem estudos sociais ou psicológicos do bebê e sua família. Não há registros de visitas que este bebê recebe, e se por ventura os pais o visitarem fora do horário do médico que o atende, este receberá a informação verbalmente quando encontrar se trabalhando com alguma das auxiliares que acompanhou a visita.

Com isto fica claro que também no prontuário a prioridade é médica porque o que importa é a melhora das condições clínicas do bebê.

Minha permanência no local exigia todo o ritual de cuidados básicos para entrada numa Unidade de Tratamento Intensivo - o uso de avental, lavagem das mãos, nenhum manuseio dos bebês.

Mais tarde, enquanto observava os pais deste bebês em suas visitas, dei-me conta que meu comportamento e postura estavam muito semelhantes aqueles que eles apresentavam. Colocava o avental, lavava as mãos, ficava caminhando entre as incubadoras, sempre com os braços cruzados ou com as mãos para trás - pois para qualquer lugar que olhava encontrava recomendações - "mínimo manuseio possível", ou "lave bem suas mãos".

Ao dar-me conta disto, passei então a entender melhor aspectos básicos da dificuldade que estes pais tem em se aproximar deste bebê e que não são determinadas apenas por suas fantasias ou sentimentos em relação aos filhos, mas que decorrem das características e exigências do ambiente.

Quanto as entrevistas com os familiares das crianças que encontravam-se internadas, algumas foram realizadas numa sala próxima e outras ao lado da incubadora do bebê. Estes contatos pareceram muito significativos para os pais porque em algum momento alguém os escutou. Não mais eram apenas solicitados para que apenas escutassem sobre as condições do bebê, mas alguém se preocupava em saber como eles estavam.

No Berçário Intermediário, o tempo de permanência foi menor pois minha questão básica pressupunha a gravidade do quadro clínico do bebê, onde dificilmente vai ocorrer um contato direto mais intenso entre o recém-nascido e sua família.

A observação neste local serviu principalmente como sinalizadora de aspectos que considero básicos, como o tipo de contato com este bebê que não se encontra mais num estado grave, e as consequências oriundas destas suas novas condições.

Serviu para conhecer melhor o processo de alta hospitalar, a dificuldade para a equipe se desligar da criança e o desejo dos pais de mais rapidamente levarem o filho para casa. Não apenas para terem seu filho mais próximo, mas também para retirarem-se deste local que lembra sempre o risco que viveram.

A diferença que estabelece uma distância entre estes dois ambientes, está diretamente relacionada às condições clínicas do recém-nascido. No Berçário Intermediário o risco de vida não está presente. As condições físicas do bebê já são conhecidas, enquanto no Berçário de Alto Risco ainda está ocorrendo a investigação. Os pais podem manipular tranquilamente seus filhos, dar banho, trocar fraldas e até cantar para ninar os bebês. No Berçário de Alto Risco também podem tocar, conversar mas muitos não podem ser retirados da incubadora e existem fios,

sondas, que dificultam ou quase impedem um contato maior e a realização destas atividades.

Os procedimentos da observação eram os mesmos daqueles descritos para o Berçário de Alto Risco, com a grande diferença que aqui apesar do avental, do lavar as mãos, cuidados indispensáveis, já era possível arrumar a chupeta que o bebê perdia, cobrir ou mudar a posição de algumas destas crianças, procurar acalmá-las quando estivessem chorando, quando já estão no berço e não mais na incubadora.

Esta descontração no ambiente também aparece nos brinquedos coloridos trazidos pelos pais e alguns bebês que usam suas próprias roupas. O ambiente permite trocas infinitamente maiores do que no Alto Risco, determinando uma grande modificação no comportamento das pessoas observadas nestas duas situações.

Nos pais isto é muito claro, especialmente quanto ao número de mães que visitam os bebês e o tempo que permanecem junto com o filho. Algumas ficando várias horas ou mesmo o dia todo junto a incubadora. No Berçário de Alto Risco, em geral, são visitas mais rápidas e alguns pais que precisam conversar com o médico responsável muitas vezes o esperam no corredor ou noutro local que não ao lado do bebê.

As descobertas no Follow-up

Depois dos meses de dedicação total aos Berçários, comecei a observação no Follow-up.

Os bebês ao receberem alta devem retornar no máximo em uma semana para revisão e acompanhamento médico no Serviço de Follow-up.

A partir desta primeira consulta, o retorno fica a critério da médica que se encontra atendendo o ambulatório, podendo ser semanal, quinzenal ou mensal. Está aberta inclusive a possibilidade de um atendimento mais intensivo, que se ocorrer em horário diferente do estabelecido para o Follow-up, será realizado pelo médico plantonista do Serviço. Em geral isto ocorre mais por ansiedade materna em relação aos cuidados com seu bebê pelo aparecimento de diarréias, gripes ou outras pequenas complicações clínicas comuns nestas crianças.

A preocupação maior no Follow-up foi conhecer como esta família tem tomado conta deste bebê precocemente comprometido. Quais os comportamentos que vão surgindo, que mostram formas de interação familiar ao trazerem o bebê para o acompanhamento médico.

Buscava no comportamento destes pais, em suas verbalizações e em seus cuidados pelo filho indícios de um

processo que vinha ocorrendo no ambiente familiar. Pois na forma que apresentavam seu bebê, que o arrumavam e desenvolviam cuidados básicos de puericultura traduziam suas preocupações e sua interação com esta criança.

Desse modo, procurava durante a entrevista médica, escutar as narrativas, as queixas ou informações sobre as aquisições dos bebês. A preocupação e interesse com que recebiam orientações sobre a alimentação, sobre a limpeza do bebê, a marcação e realização de exames de laboratório e complementares no prazo solicitado.

Já no exame físico ficava atenta a maneira como se posicionavam para tirarem a roupinha do bebê, a comunicação verbal, o contato olho-a-olho, a participação de ambos - pai e mãe naquele momento. A capacidade de consolarem a criança que chorava ao mesmo tempo que comentavam sobre o choro - está com fome, assustado, cansado, ... aparecendo espontaneamente uma forma rotineira de interagirem com seu bebê. E logo, procurava no bebê uma resposta para estes comportamentos, detectando a troca entre os parceiros que é uma decorrência da interação.

Voltei então a encontrar M., que havia recebido alta num dia em que não estive no Berçário. Vestida com o máximo capricho possível, já podia ser observado em suas bochechas um pouco de cor inexistente anteriormente. A mãe mostrou-se extremamente satisfeita quando comentei

sobre o crescimento da filha. Acompanhei várias consultas de M. constatando que sua mãe teve algumas dificuldades em seus cuidados, como quando errou a quantidade de leite em pó, dando mamadeira muito fraca para M.

Observei ainda a dificuldade e as tentativas das médicas em lhe explicar o que ocorria com o bebê. O desânimo da equipe ao se darem conta de que fora a alimentação inadequada que não permitira à criança ganhar peso naquele mês.

Tais dados somavam-se, envolvendo histórias dos bebês e suas famílias, permitindo a formulação de algumas idéias sobre minhas questões.

Outro aspecto fundamental deste atendimento refere-se às médicas que recebiam estes pais e seu bebê. Sem dúvida é necessária uma formação e uma familiarização com a situação de alto risco a nível de internação, emergências e habilidades especiais no acompanhamento do bebê no Follow-up. Principalmente ao ser preciso enfrentar junto com os pais uma realidade mais séria quanto a qualidade de vida desta criança. Ou mesmo frente a ansiedade que surge nos pais pela necessidade de um exame não rotineiro que é solicitado para complementar a avaliação do bebê ou para esclarecimento de alguma dúvida.

Chamou minha atenção também a valorização da tarefa dos

pais que é dada no Follow-up. Sempre é feito um comentário, ou um assinalamento através de um cumprimento pelo crescimento do bebê, por seus cuidados. Se no Berçário Intermediário já era possível presenciar uma maior descontração com os familiares, no Follow-up isto é ainda mais presente através de um contato muito próximo.

O fato de serem médicas mulheres, também interferia possibilitando uma identificação e uma compreensão maior dos aspectos da maternagem. Todas as três já sendo mães, entendiam mais facilmente as queixas quanto ao cansaço por não dormirem à noite, pelos cuidados, a ansiedade frente à alimentação, a depressão pelas dificuldades da criança, a alegria pela proximidade do primeiro aniversário, a entrada na creche, o primeiro dentinho surgindo ...

Ao mesmo tempo que mostravam para a família a compreensão de tais fatos, estavam sempre lembrando as necessidades de determinados cuidados com a criança, reclamavam atitudes inadequadas como a moeda no umbigo, o uso de algum medicamento sem orientação, a introdução de um alimento numa época não considerada adequada.

Observando estas ocorrências e especialmente a forma que estas surgiam, através de uma afetividade clara aliada a um conhecimento profissional, parecia que muitas vezes estavam maternando estas mães. Eram as pessoas mais experientes, que sugeriam a esta família as necessidades dos bebês, clarificando condutas necessárias, devolvendo e reafirmando através destas

orientações que mais do que ninguém, cabe aos pais criarem e cuidarem de seu bebê.

Não devem ser esquecidas ainda as características individuais destas profissionais. Isto aparecia claramente no contato com os bebês e suas famílias onde uma mostrava-se mais exigente, mais impulsiva outra, mais condescendente e com uma vulnerabilidade maior à depressão familiar a partir do que apresenta a criança, a terceira assumindo a liderança do grupo, preocupada em organizar o trabalho, servindo como continente (*) não apenas da população mas das próprias colegas.

Estas diferenças eram conhecidas das famílias e caracterizavam o atendimento. Acredito até, que a partir delas esta equipe, chegou a um equilíbrio na execução de tarefas através de trocas entre de suas diversas características e portanto conseguiam assim ampliar e intensificar sua interação, o que vem permitindo um sentimento de maior segurança aos pais em relação aos cuidados com seus bebês.

O contato com os familiares durante a observação neste local foi muito tranquilo. Muitos me reconheciam de um encontro

(*) tentando usar figurativamente no sentido que WINNICOTT dá tal expressão no sentido de "conter", "suportar" e tornar mais fácil o manejo de uma situação.

anterior no Berçário, mostrando-se afetivos, comentando sobre as crianças e sobre eles próprios.

Os dados também eram registrados posteriormente, com comentários, discussões e tentativas de relações teóricas. Novamente recorria aos prontuários das crianças quando então comecei a observar relatos sobre aspectos do desenvolvimento da relação familiar observado pelas médicas, junto de anotações sobre as aquisições do bebês.

Após cinco meses de observação e contatos informais com as famílias, iniciei as entrevistas com os pais ou aqueles que acompanhavam os bebês como seus responsáveis.

Conversava com os pais antes de ter início o atendimento médico pois eles vinham cedo ao hospital para receberem os primeiros números para o atendimento médico, apesar de terem confirmadas suas consultas anteriormente. (*) Desta forma a amostra foi totalmente aleatória pois não participava da marcação de consultas.

Antes do início da entrevista explicavameus objetivos, o fato de não ser funcionária ou membro da equipe de atendimento,

(*) Aproveitava então este horário de espera para realizar minhas entrevistas.

deixando a família completamente à vontade para dela participar ou não. Além de não surgir nenhuma negativa, foi observado um apoio e uma aceitação muito grande por parte das diversas famílias.

CAPITULO II

O RECEM-NASCIDO DE ALTO RISCO PERSONAGEM CENTRAL DESTE ESTUDO

II.1 - O processo de Desenvolvimento Afetivo e Interativo

A abordagem teórica

Em meu trabalho de observação, constatei que apesar de abranger vários autores e seus diversos enfoques teóricos, muito do que se descortinava à minha frente era maior, mais amplo do que aquilo que encontrava nos livros. Parecia até que todo o material teórico immobilizava uma situação num dado momento, tecia suas relações, inferências, mas sempre com dificuldades de realmente alcançar a dinâmica do que é real, do que é a vida destas crianças, que se apresentava a minha frente.

E mais ainda, todo material teórico sobre o desenvolvimento afetivo, cognitivo, motor da criança pressupõe a normalidade não podendo assim ser simplesmente superposto ao estudo deste recém-nascido, principalmente em seus primeiros meses de vida.

O recém-nascido de alto risco inicia seu processo de desenvolvimento em defasagem se comparado ao bebê normal precisa vencer etapas maturativas que o permitam buscar o desenvolvimento considerado normal. Estes recursos teóricos então podem

preconceituarm o observador no sentido de que este bebê necessariamente vai apresentar dificuldades no estabelecimento de relações afetivas.

Ao abandonar a idéia de um trabalho retrospectivo, tinha presente que esta era uma forma utilizada especialmente pela psicanálise no entendimento do desenvolvimento afetivo inicial. Teoria esta que consegue facilitar o entendimento de aspectossignificativos do desenvolvimento humano. E justamente por por sua significativa participação no estudo das relações afetivas iniciais, pensei ser importante conhecer melhor alguns de seus melhores representantes, apesar de não seguir seu mesmo caminho.

Para os autores psicanalíticos, há uma relação de causalidade entre as condições que cercam o desenvolvimento afetivo na infância e na vida adulta. Nisto MELANIE KLEIN é muito clara, especialmente ao afirmar a existência de uma vida afetiva muito precocemente. Seus estudos fazem referência aos primeiros anos de vida, mostrando a existência para o bebê, de um mundo mágico e fantasioso que lhe permite contatos muito intensos com seus primeiros objetos significativos. Isto traz a idéia de que o recém-nascido seria muito mais vulnerável do ponto de vista emocional. KLEIN, já nos anos de 1930/40 (1975) mostrava ser vital que o recém-nascido recebesse conforto logo após a vivencia de ansiedade na situação de parto possibilitando recrudescimento da ansiedade persecutória daí decorrente.

Isto porque para esta autora o ego já estaria presente

na ocasião do nascimento. O que implicaria a possibilidade da criança estabelecer imediatamente uma relação com a mãe que a protegeria de intercorrências mais severas no parto ou no pós-parto, que poderiam dificultar seu desenvolvimento afetivo.

É bom citar que em uma nota de rodapé, KLEIN editado a 1979 diz:

"devemos ter presente, entretanto, que por mais importantes que sejam essas primeiras influências, o impacto do meio é da máxima importância em todos os estágios do desenvolvimento infantil. Mesmo o bom efeito da criação nos primeiros tempos pode ser em certa medida anulado através de ulteriores experiências prejudiciais e maléficas, assim como as dificuldades surgidas no começo da vida podem ser mitigadas através de subsequentes influências benéficas. Ao mesmo tempo, convém recordar, que algumas crianças parecem suportar condições externas desfavoráveis sem grave dano para o seu caráter e estabilidade mental, ao passo que em outras, apesar de um ambiente favorável, manifestam-se e persistem sérias dificuldades". (p. 258)

WINNICOTT, alguns anos após em 1949 (editado em 1988) não concorda totalmente com KLEIN. Em seu artigo "Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade", diz que o parto não precisa representar uma situação que dá origem a ansiedade. Para ele, apenas intercorrências severas poderiam vir a ser significativas. A ausência de dificuldades no nascimento implica

apenas que o bebê e sua mãe continuaram um processo iniciado com a gestação. A situação nascimento corresponde a algo necessário e pertencente a este processo. Porém, não deixa de afirmar que nesta época, *"o bebê não está preparado para uma invasão abrupta e inesperada"*. Para ele, *"quando o trauma do nascimento é significativo, cada detalhe da invasão e da reação a ela é, por assim dizer, gravado na memória do paciente"* ressurgindo na situação analítica a partir de necessidades individuais (p. 235).

Provavelmente o psicanalista que mais contribuições trouxe ao estudo do bebê e que podem ser relacionadas ao recém-nascido de alto risco, foi sem dúvida SPITZ. Preocupado em oferecer uma metodologia e uma maior cientificidade ao conhecimento da vida primitiva do bebê, SPITZ utilizou-se da observação prolongada, filmagem e testagem de bebês e suas mães para buscar respaldo às suas hipóteses. Assim, aproximou a psicanálise do método experimental, da teoria da comunicação e da etologia. Apesar de também deixar claro que seus estudos não preocuparam-se com aqueles bebês que apresentavam intercorrências orgânicas, preocupou-se com a psicopatologia da 1a. infância surgida de falhas no relacionamento materno-infantil.

Mostra SPITZ em 1953 no Congresso de Psicanalistas de Línguas Romanas mostra que o caminho percorrido pelo bebê entre o fisiológico e o psicológico incorre na formação do objeto afetivo, como um processo que exige toda uma condição maturativa, perceptiva e afetiva, na busca da significação. Ou seja, o bebê, sua mãe e os demais objetos (como o estranho) vão se tornando

conhecidos e ganhando uma representação interna. SPITZ considera o caminho da formação da relação objetal como aquele onde o bebê vai contruindo e solidificando seu ego. Acredita que ao nascer o bebê se encontra num estado de "não-diferenciação", uma unidade somato-psique onde algo deve ser conquistado - o próprio ego junto da formação do objeto afetivo.

Na verdade, SPITZ sugere uma nova forma de conhecer o início da vida afetiva do bebê, resgatando aspectos maturativos como facilitadores do desenvolvimento afetivo. Traz uma proposta de desenvolvimento integrado, onde as novas aquisições vão sofisticando cada função deste ser em formação.

Outro autor, que também vem discutindo e estudando as capacidades do bebê e a formação de seu processo afetivo é LEOVICI (1987). Situando-se num espaço teórico que parte da psicanálise e encontra-se com a teoria sistêmica e da comunicação, acredita que o estudo destes processos iniciais do desenvolvimento implica em estabelecer que tanto o pai, a mãe e o bebê são envolvidos por todos aqueles sistemas e subsistemas que de alguma forma estão vinculados a esta situação, principalmente os aspectos maturativos e condições físicas do bebê.

Para autores mais atuais, da década de 80 como LEOVICI (1987) e CRAMER (1988) além de muitos outros, o estudo do processo interativo mostra que o desenvolvimento inicial entre o bebê e sua família dá-se especialmente através das capacidades perceptivas de cada um de seus integrantes. O processo maturativo é que vai servir como facilitador de seu aparecimento, o que lembra

SPITZ. A mãe ao atender o choro de seu filho, provoca um estímulo ao mesmo tempo que responde àquele fornecido pelo bebê. Assim, vão aparecendo "sinais" entre os integrantes desta relação que servem como laços originários do vínculo afetivo.

Conforme STOLERU (responsável por um dos capítulos do livro de Lebovici, 1987), "A interação mãe-bebê é hoje concebida como um processo ao longo do qual a mãe entra em comunicação com o bebê, enviando-lhe certas "mensagens", enquanto que o bebê, por sua vez, "responde" à mãe com a ajuda de seus próprios meios. A interação mãe-bebê aparece assim como o protótipo primitivo de todas as formas ulteriores de troca. Nesta "conversação" entre a mãe e o bebê, as palavras e as frases são substituídas, muitas vezes, por parte da mãe, sempre por parte do bebê, por mensagens extraverbais, gestos, vocalização, sorrisos, etc" (p. 86).

E mais:

"Ao contrário, desde o fim dos anos 60 a relação pais-bebê não se apresenta mais como uma "via de mão única". O bebê aparece daí por diante com um ser capaz de influenciar sua circunstância humana, ao mesmo tempo em que ele é ele-mesmo sob a influência desta circunstância (...) Além disso, como os bebês confirmaram apresentar grandes diferenças individuais em sua maneira de entrar em interação com a mãe, foi possível mostrar como as diferenças entre os bebês pareciam ser a origem de diferentes tipos de maternagem fornecidos, em resposta, por sua mãe (...) O modelo da interação mãe-bebê é

*pois tornado uma sequência de trocas
recíprocas utilizando mensagens e sinais
próprios ao estágio do desenvolvimento do
bebê" (p. 86).*

Para tais autores que também citam BRAZELTON, KLAUS e KENNEL, EMDE (que vem prosseguindo as pesquisas de SPITZ como seu aluno e colaborador), todo este processo se inicia nas primeiras horas de vida da criança. A partir do desenvolvimento do bebê, vai sendo ampliado o campo de ação de tais fenômenos. Assim, estão a serviço da interação, inicialmente, a audição, o tato, o olfato, o gosto, a visão ... Da mesma forma os estados de vigiância (*), habituação (**), e a homeostase (***) .

Todos estes itens estão relacionados diretamente a capacidade inata do bebê e a capacidade do meio externo (mãe/pai) regularem seu comportamento a estas condições. Ou seja, os pais auxiliam a criança a manter um estado de bem estar, procuram respostas da criança aos seus estímulos, favorecem "a abertura do mundo humano e não somente acalmam a angústia, mas suscitam prazeres na troca" (p. 101, Lebovici, 1987)

(*) vigiância - o bebê cf. WOLFF (citado por Lebovici, 1987, p. 93) apresenta estados que variam do sono, sonolência e despertar, variando de um estado "calmo" a um estado de agitação máxima. Brazelton e Precht também fazem referências a estes especialmente em função da avaliação dos bebês.

(**) habituação consiste na diminuição de respostas com a repetição de estímulos idênticos, fazendo o bebê retornar a seu estado de homeostase e o mantém apesar das fontes de perturbação deste equilíbrio.

(***) homeostase - aquisição de mecanismos de ritmos para alimentação, dia/noite, de organização dos estados e aquisição de mecanismo que lhe permitam isenção de tensões apesar da estimulação externa.

O que está sendo discutido até aqui, envolve troca -

"quando o bebê responde favoravelmente aos "avanços" dos pais, quer dizer, se ele se aconchega contra eles quando é tomado em seus braços, se ele se acalma quando os pais procuram apaziguá-lo se segue com os olhos os pais quando estes procuram seu olhar etc... os pais se sentem elevados verdadeiramente às condições de pais por seu filho" (p.101, id.)

KLAUS e KENNEL são autores e pesquisadores muito lembrados ao se falar em recém-nascidos. Foram eles que especialmente resgataram idéias de BUDIN, médico francês pioneiro no início do século no atendimento de Alto-Risco Neonatal sobre a necessidade que tem o recém-nascido e sua mãe, de permanecerem juntos. Foram provavelmente os grandes incentivadores das maiores modificações ocorridas nos bercários dos EUA e provavelmente em grande parte do mundo, como aqui no Brasil, estabelecendo a importância das primeiras horas após o nascimento como aquelas que determinam o processo de ligação (bonding) entre mãe e bebê.

Para estes autores (1972) existe um período vulnerável logo após o parto, onde a mãe está mais capacitada a interagir com seu filho, determinando o início de seus laços afetivos. São referendados por EMDE (citado em FANAROFF, KLAUS e MARTIM, 1972) de que a criança está num estado de alerta por um período de cerca de 38 minutos durante a 1ª hora após o nascimento.

"Como atualmente sabe-se que uma criança nos primeiros minutos de vida pode ver, que ela tem preferências visuais, que vira a cabeça na direção do som das palavras e que ela se

mexe no ritmo da voz de sua mãe - é possível uma aliança prazerosa e o início de um vínculo entre a mãe e o filho. Após isto, entretanto, cai em um sono profundo por tres a quatro horas. Isto sugere então, que o bebê está também preparado de um modo ideal para travar conhecimento com seus "pais pela primeira vez" (p. 146).

Afirmam ainda, KLAUS E KENNEL (1972), que quando separados de seus filhos horas e dias após o parto, a ligação pode ser dificultada. Lembram especialmente o caso das mães de prematuros que passam as primeiras semanas de vida na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Falam também em pesquisas realizadas por um antropólogo, Dr. Clifford Barnett, que em cerca de 220 culturas encontrou que em todas sociedades existe uma maneira semelhante de receber um novo membro. Em todas, a mãe e o bebê passam um período juntos e segregados. Terminam afirmando que a rotina de separação completa após o nascimento, ocorre apenas após o nascimento de crianças de Alto-Risco e prematuros nos berçários do mundo ocidental.

Propõe tais autores que a "a melhoria de comportamento materno parece ocorrer com o aumento do contato nos tres primeiros dias após o parto, não importando o tempo exato deste aumento de contato" (p. 149, id.).

Apesar de que em alguns momentos a leitura destes autores ou daqueles que os utilizam como referência mostrar uma

certa rigidez nestas declarações. KLAUS e KENNEL (1972) ao responderem uma questão que eles mesmos propõe quanto a experiência de separação prolongada da mãe e de seu filho prematuro, dizem: "*Os primeiros resultados destes estudos sugerem que um período longo de separação física que comumente ocorre em berçários pode afetar a performance materna em algumas mulheres*" (p. 460) (*).

Da mesma forma BRAZELTON (1988) pontua aspectos de participação e trocas como maiores determinantes do desenvolvimento infantil, através da formação do "apego". Para ele, pelo menos a metade da tarefa de apego é realizado pelo bebê. Cabe aos pais "endenterem a linguagem de repostas não verbais do comportamento do bebê" quando então "terão maiores facilidades para tomar decisões apropriadas e também terão mais prazer com seus bebês" (p. III).

Sua proposta quanto a formação destes vínculos também parte da idéia de um processo longo e contínuo que exige dos pais "conhecerem-se a si mesmo e ao bebê". Sua sugestão é de que os pais não devem ficar preocupados com o que fazer, mas pela troca, pelo intercâmbio entre eles e seu bebê.

(* o grifo é meu demonstrando o conforto que sinto ao observar que também para eles não se trata de uma lei, mas de uma possibilidade.

Depois do trabalho prático desenvolvido e das leituras foi mais fácil optar por um espaço dentro da imensidão teórica existente. É no estudo do estabelecimento do processo interativo que devo permanecer, pois somente esta visão mais integrada e integradora possibilita o estudo do desenvolvimento afetivo, nesta situação.

A abordagem proposta a partir da observação

O recém-nascido apresenta-se como de alto risco não apenas por um único e excludente fator. Toda história familiar, seja clínica, psicológica, social determina seu surgimento. Assim, a responsabilidade por sua ocorrência também transcende o círculo mais próximo, seja ambiental ou familiar. Também é produto de fatores econômicos, políticos e culturais exigindo a participação de toda sociedade não só na sua caracterização e diagnóstico, mas especialmente em seu atendimento.

É isto que propõe MERKATZ e FANAROFF (1982) ao falarem sobre a identificação de pacientes de alto risco. Suscetível de uma evolução perinatal desfavorável, citam como principais fatores determinantes da morbidade e mortalidade de recém-nascidos a idade materna, raça, nível sócio-econômico, nutrição, história obstétrica anterior, doenças associadas a problemas gestacionais. Ou seja - fatores anteriores a gestação ou diretamente associados a ela.

Salientam a importância do diagnóstico de gravidez de alto risco e dão ênfase a que nenhum teste ou exame laboratorial pode suplantiar uma cuidadosa história do paciente e um bom exame físico.

É assim que a heterogeneidade das causas que podem determinar a ocorrência do alto risco, dificulta também a caracterização destes recém-nascidos, pois somente após uma avaliação mais cuidadosa que implica num tempo de espera de evolução deste bebê, se pode chegar a um conhecimento de suas reais condições.

Para MURALT (1976) "deve-se considerar criança de Alto Risco, a todo recém-nascido cuja vida extrauterina periga, sem considerar a idade gestacional ou o peso ao nascer, por uma série de fatores antes, durante ou depois do parto e necessita por conseguinte de um cuidado médico especial" (p. 39).

Já RUDOLPH e KENNY (1982) ao comentarem o reconhecimento do recém-nascido de Alto-Risco, lembram que qualquer avaliação do Recém-Nascido e mesmo de crianças maiores exige um conhecimento de sua história, pois ele não é "*realmente um ser inteiramente novo, mas apenas nascido recentemente*" (p. 43).

Por outro lado, CRAMER (1987) diz que este termo é utilizado de preferência a terminologia diagnósticas clássicas pois:

" - dificuldades que temos de formular diagnósticos precisos nesta idade ou mesmo determinar as diretrizes de diagnóstico;

- ao fato de considerarmos a jovem criança sobretudo dentro de sua potencialidade, e bem menos do que em seu estado atual" (p. 47).

Deixa claro que a noção de criança de alto risco

"significa essencialmente é que a sina desta criança é sobrecarregada de uma potencialidade, mais importante do que na população geral, da eclosão de patologias; (...) Parece-me ser um termo melhor utilizado no âmbito de uma teoria de prevenção, pois o fato de colocar em evidência certos fatores julgados etiológicamente fortes nos permite distinguir grupos de crianças acerca das quais as instituições de saúde mental deveriam instaurar tratamento ou medidas de prevenção primária ou secundária, quando seguidamente nos centros de orientação infantil o que entendemos por "criança de alto risco" é uma criança que já tem sinais de patologia"

(p. 47-48)

A partir das colocações de CRAMER, vale a pena uma revisão do que seria o conceito de risco e principalmente sua validade quanto a um prognóstico ou quanto a indicações terapêuticas.

ORTIZ (1987) cita a Organização Mundial de Saúde para quem RISCO é definido como a probabilidade de um indivíduo ou grupo de indivíduos apresentar um problema de saúde ou dano. Implica na probabilidade de aumento de consequências adversas pela presença de uma ou mais ocorrências futuras, geralmente indesejáveis. O diagnóstico de risco, por sua vez pode facilitar o uso do "enfoque de risco". Ou seja, serve como instrumento de planejamento e administração de serviços de saúde, e esse instrumento tornou-se mais preciso com o aperfeiçoamento de métodos de aferir riscos.

Portanto, no momento em que estamos falando em alto risco está implícito um conhecimento de fatores de risco e busca de estratégias para intervenção.

Chego ao fato de que o atendimento a recém-nascidos de alto risco traz um compromisso com algo mais que cuidar durante a crise. Fica estabelecida a necessidade de critérios para uma intervenção ao nível de prevenção primária, secundária e terciária em saúde pública. Primária pela detecção de fatores de risco, secundária no atendimento destes riscos e terciárias pelas estratégias de intervenções propostas para aquelas crianças e suas famílias que já apresentam danos ou sequelas.

Tomando distância dessas idéias caracterizadas como teóricas deste personagem de meu objeto de estudo, inicio comentários sobre como percebi o recém-nascido de alto risco a

partir do trabalho que realizei.

Cada um destes bebês determinou a avaliação de sua vulnerabilidade e de suas condições clínicas especialmente pelo aspecto físico que apresentaram. Encontrei no Berçário de Alto Risco bebês prematuros cujos cuidados indispensáveis exigiam controle da respiração, alimentação, peso, precauções quanto a infecções ... onde muitas vezes o tempo de espera para sua alta era regulado pela aquisição de um peso maior, garantindo a sua família uma maior tranquilidade quanto a seu desenvolvimento. Ou então situações graves onde o bebê é mantido por uma variada aparelhagem que determina uma visão muitas vezes dolorida e desagradável da criança.

Acredito que apenas estas suas necessidades terapêuticas podem, por si só, frustrar fantasias e idealizações familiares quanto ao filho desejado, além de determinar formas da equipe conduzir e comportar-se em relação aos seus cuidados.

Este longo período de observação destas crianças me levou à compreensão de que existem dois momentos para este bebê. Um momento em que ele está isolado, sozinho, e outro acompanhado.

Isolado ao encontrar-se no atendimento intensivo onde apesar de constantemente manuseado e mantido por uma parafernália mecânica, perseguindo seu caminho na busca de melhores condições de desenvolvimento sem uma relação maior com as pessoas e objetos que o cercam.

Acompanhado quando sai do alto risco ao ser considerado viável, capaz de interagir, trocar e reponder, comunicar-se com seus parceiros. É o momento de sua alta, da ida para o Berçário Intermediário, da ida para casa e o retorno para o Follow-up.

É a partir destes dois momentos que pretendo pontuar e caracterizar este recém-nascido.

II.2. - O Recém-Nascido de Alto Risco Isolado no Atendimento Intensivo

Entrando no Berçário de Alto Risco para iniciar as observações, vejo que são muitas as incubadoras em funcionamento, realizando sua tarefa de "proteger" estes bebês.

O trabalho, nesta hora, não é tão intenso pois já foram realizadas as visitas médicas, as prescrições e o material para a realização de exames clínicos foi coletado. É possível escutar algum alarme de monitor cardíaco acionado pela movimentação de algum bebê, junto à música que vem do rádio das auxiliares de enfermagem. A sala é muito clara, não há cortinas e todas as luzes estão acesas. Em alguns berços também estão ligadas as lâmpadas para fototerapia.

Aproximando-me de uma das incubadoras vejo uma menina.

Está com 19 dias. Na incubadora, em seu resumo diário, um controle das principais ocorrências e tratamento dispensado. Em seu prontuário aparece prematuridade e infecção como causa de sua internação, no Berçário de Alto Risco. Peso ao nascer 1190 grs.

O que relatei nesta ocasião, não foi diferente do que observei na maioria dos bebês:

"Permanece dormindo, com pequenos movimentos de mão, abre alguns dedinhos, mexe o braço abre e fecha os olhos, aumenta e diminui seu ritmo respiratório. Em alguns momentos parece "sugar" a sonda. O resto do corpo está praticamente parado. Em alguns momentos "faz beicinho", parecendo chorar. Chora. Parece incomodada, encolhe as perninhas, mexe a musculatura abdominal, tossa. Acalma-se e recomeça um período de maior passividade. Parece voltar a dormir tranquilamente.

Dura pouco este período - volta a movimentar-se. Com a mãozinha toca próximo ao esparadrapo que prende a sonda acima do lábio superior. Puxa-a (?) vira-se um pouco na incubadora e reinicia seu sono".

Enquanto isto, e outra incubadora, uma recém-nascida recebe a visita de seus pais. ambos tocam a criança através das aberturas da incubadora e o pai permanece com uma mão nos ombros da mãe (*), o aspecto da criança é extremamente doloroso.

"9. apresenta severa hidrocefalia, a cabeça é extremamente desproporcional ao corpo. Além disto tem lábio leporino, fenda palatina, cindactilia, a menina permanece sempre deitada na mesma posição, em virtude do tamanho de sua cabeça, com pernas e braços um pouco fletidos. Já foi realizada derivação com válvula, tendo sido conseguido diminuição de 3,5 cm de seu perímetro cefálico"

Estas descrições tem o objetivo de facilitar a imagem das crianças estudadas e até tentar justificar muitas das dificuldades em realizar o estudo. Especialmente nos primeiros tempos era muito, mas muito doloroso permanecer no Berçário de Alto Risco. Apesar da proposta de observar tudo que ocorresse com estas crianças, a simples visão de muitas delas ou de seu manuseio em alguma situação de atendimento, era algo extremamente ansiogênico, especialmente tendo em vista sua extrema debilidade, seu tamanho minúsculo e sua impossibilidade de reagir.

Os recém-nascidos que vêm para atendimento intensivo são diagnosticados como de alto risco durante a gravidez, no parto ou imediatamente após o nascimento. Podem ter nascido nesta instituição ou não.

(*) a ser melhor discutido no capítulo sobre a família

São colocados em berços aquecidos ou incubadoras, podendo fazer uso de respiradouro, campânulo de O_2 , sonda nasogátrica, catéter, monitor cardíaco, coletor de urina, fototerapia, calor etc... São intensivamente manipulados durante boa parte do dia para coleta de sangue, urina, troca dos terminais de monitorização, quando então para retirar os esparadrapos é usada benzina com cheiro forte, desagradável, muitos com imobilização dos membros para não retirarem a sonda ...

É recomendada o mínimo manuseio possível dos bebês em função de riscos quanto a infecção e episódios de apnéia.

Trata-se de um regra difícil de ser cumprida já que é preciso controle constante das condições desta criança. Realmente é um dos paradoxos que apresenta o atendimento do bebê pois ao mesmo tempo que se impede, se estimula que os pais tentem e tenham contato físico com seus filhos.

Acaba acontecendo que o contato físico passa a ser, na maioria das vezes restrito àquelas situações que envolvem os cuidados médicos e da enfermagem, tipicamente invasivos e intrusivos. Ou seja, a medida que é protetora e que tenta preservar o bebê de uma estimulação incômoda em função de sua desvalia e imaturidade, não consegue preservá-lo da dor imposta pela aparelhagem, picadas, ...

O período que cada criança permanece sendo manuseada

durante o dia, varia de acordo com o gravidade de seus aspectos orgânicos. Um outro paradoxo - muitas vezes, especialmente logo após sua internação, quanto mais grave, mais é manipulada, mais é invadida. Lembro de uma criança com peso inferior a 1000 grs. que permaneceu sendo manuseada por tres horas seguidas, sem ter um minuto sequer de alívio, de descanso. Também longo são os períodos necessários para a ex-sanguíneo transfusão, pois o limite de mgs. de sangue que pode ser retirado e transfundido é muito pequeno, levando o bebê a ficar por um tempo muito grande numa mesma posição, imobilizado (O mesmo com o médico que a realiza).

Com tudo isto, a observação deste bebê e de seus cuidados, por seu tamanho, sua desvalia suscita sentimentos de cuidá-lo, acariciá-lo, permitir que se liberte das amarras impostas pelas máquinas que o sustentam.

Mas por outro lado, o fato de pouco reagirem, pouco reclamarem ou solicitarem, favorece que o contato se caracterize como impessoal e distante. Isto é reforçado pela incubadora que com sua parede, mesmo transparente, dificulta a proximidade física, servindo também como uma defesa para quem está do lado de fora.

Alguns aspectos que envolvem quadros clínicos e o tipo de complicações que apresentam estas crianças chamaram atenção, especialmente tendo em vista sua relação com o processo de

desenvolvimento interativo:

MALFORMAÇÕES : sem dúvida o mais grotesco que pode ocorrer nestes bebês, especialmente quando facilmente observáveis. Trata-se do bebê mais distante daquele desejado ou idealizado, que faz parte da fantasia de qualquer família durante a gestação. Sabe-se que estas idealizações são usadas pelos membros familiares como forma de tranquilizarem-se frente as angústias normais quanto o desconhecido que representa a vinda de um bebê. E o nascimento de uma criança malformada confirma estas fantasias, ao mesmo tempo que estabelece a idéia de uma incapacidade de gerarem um filho normal.

As ocorrências mais comuns são hidrocefalias, lábio leporino, que facilmente podem ser corrigidos sob o ponto de vista estético. Porém, independentemente da correção atingem justamente o rosto e portanto, não podem ser "escondidas" pela roupa. Além do mais é a primeira parte do corpo que serve de contato para o reconhecimento de qualquer pessoa. Ao conhecermos alguém, primeiro olhamos para seu rosto, que é aquilo que melhor a caracteriza, a individualiza.

Isto faz pensar sobre o processo de comunicação deste bebê com o meio ambiente. Todo contato face-a-face, olho-a-olho que ocorre a cada minuto, nos cuidados básicos deste bebê, traz consigo a visão daquilo que o diferencia, marca e assusta.

Então, não é sem razão que surgem preocupações sobre a possibilidade de interferência nestes precursores de toda comunicação, influenciando diretamente no desenvolvimento afetivo, interativo e mais tarde a própria linguagem.

PREMATURIDADE : o nascimento do bebê antes da data prevista, implica em seu baixo peso e no fato de ainda não ter alcançado um desenvolvimento compatível com a vida extra-uterina. Como muitas vezes não chegou a total formação, especialmente do aparelho respiratório, apresenta riscos e complicações quanto a sobrevivência ou quanto a qualidade de vida.

O baixo peso ou outras complicações mostram um bebê na maioria das vezes letárgico, que não deixa de ser um dos sinais da gravidade em que se encontra. Quanto mais grave sua situação clínica, maior sua prostração, sua imobilidade, parecendo muitas vezes um boneco marionete, com tantos fios presos a um corpinho flácido e caído na incubadora.

FRODI e THOMPSON (1985) falam sobre pesquisas que mostram que o prematuro difere do recém nascido a termo em aspectos importantes que afetam as interações iniciais com seus cuidadores - são menos alertas e respondem menos a estímulos a partir do nascimento. Apresentam uma coordenação motora mais pobre além de dificuldades para alimentação e no recebimento de consolabilidade. Nos primeiros meses são mais irritáveis e mostram um choro distintamente aversivo e pouco responsivos aos processos interativos.

O peso destas crianças variou no período de observação de 650 grs. até 2500 grs. Ao olhar para alguns, com um rostinho e um corpo bem formados, tinha a sensação de uma intensa desvalia, parecendo "perdidos" na "imensidão" da incubadora.

A maioria permanece com as perninhas e os bracinhos abertos, fletidos, com grandes ângulos, em função de sua hipotonia. São magrinhos, alguns minúsculos. Pouco reagem ao manuseio e aos estímulos externos. Pequenos movimento dos membros, caretas como franzir a testa, abrir a boca são respostas indiscriminadas para qualquer interferência em sua prostração. Ou mais, são condutas repetidas muitas vezes durante o dia sem terem sido provocadas por qualquer ocorrência.

É esta imaturidade orgânica que não permite sua participação com e no ambiente como ocorre com aquele bebê em melhores condições.

Diz BRAZELTON (1987)

"o que é bastante típico do recém-nascido prematuro é que ele é relativamente pouco reativo ao rosto, ou a voz ou a estímulos visuais e auditivos em geral. De outro lado ele é difícil de consolar e não é muito "cuddly" (não amolda-se ao colo da mãe) e que quer dizer que ele não entra em diálogo tônico com o corpo da mãe. Metames igualmente.

*como interação deficitária uma tendência
a esquivar os olhos e agitar-se ..."*
(p. 42).

Existem ainda no atendimento intensivo outros bebês que não fazem parte destes dois grandes grupos e que apresentam quadros de incompatibilidade sanguínea, dificuldades respiratórias, comprometimento cardíaco, neurológico, icterícia ... (Algumas destas complicações também fazem parte da prematuridade ou dos casos de malformações que discuti anteriormente).

Muitas delas não mostram no corpo marcas tão severas e gritantes de suas dificuldades. São bebês que mobilizam diferentemente a equipe pois ao não mostrarem uma extrema debilidade, exigem mais do atendimento. Não param quietos, mexem nas sondas, não ficam com o saco coletor de urina, choram muito quando da coleta de sangue... Às vezes determinando presença de duas pessoas para imobilizá-los a fim de serem realizados os procedimentos necessários. Como não é esta a conduta mais frequente, estes bebês facilmente causam cansaço e irritação em quem os atende, aparecendo verbalizações e reclamações para com a própria criança.

São ocorrências como estas que apoiam o estudo desta situação através de uma visão mais global. Não há apenas um bebê, um personagem mas um grupo de pessoas em interação estabelecendo um processo em curso. Trata-se de um sistema de relações que não tem início e não tem um fim - ele se regula a partir das características e dos estímulos de cada um dos parceiros, seja em

qualquer tipo de contato que estiverem realizando.

As Formas de Comunicação do Recém-Nascido de Alto Risco

Enquanto o recém-nascido normal utiliza seu corpo para "fazer-se ouvir" pelo ambiente, estabelecer o diálogo com a mãe e sua família, fazer com que seus desejos e necessidades sejam atendidos, no recém-nascido de Alto Risco esta via, praticamente única nestes primeiros meses de vida, encontra-se supervalorizada mas no sentido de incapacitação. Não só pelo comprometimento orgânico que pode apresentar, mas pela dificuldade em utilizar seu corpo já que este encontra-se sobrecarregado pela manipulação terapêutica que lhe é imposta.

O bebê de alto risco, então, quanto a seus aspectos de comunicação que permitiriam uma troca com ambiente e sua família, determinando e estabelecendo um relacionamento inicial mostra:

- um estado de prostração e letargia, com baixo nível de respostas aos estímulos externos, em função especialmente da gravidade de seu quadro clínico. Permanecem num estado de "torpor", são pouco reativos aos estímulos externos, parecendo pouco perceberem do que está se passando ao seu redor.

- como a maioria dos bebês recém-nascidos, o tempo

que permanecem dormindo é muito longo. Aqueles em melhores condições motoras costumam movimentar seus membros superiores e inferiores, succionam a sonda ou a própria língua.

- as atividades motoras que aparecem, são basicamente do tipo reflexiva, dirigidas a evitar o estímulo doloroso ou para tentar retirar sondas, saco coletor de urina, catéteres, exigindo um intenso trabalho das auxiliares de enfermagem e dos médicos residentes. A maioria dos movimentos são descoordenados, generalizados, como reação ao barulho ocasionado pela abrir e fechar da incubadora.

- há uma fraca ou ausente resposta do bebê na presença de estímulos prazerosos. O bebê não tem recursos que facilitem sua comunicação de prazer e satisfação pois ainda não fixa o olhar, não sorri... Apenas pode ser observado em algumas crianças um certo "relaxamento muscular" nestas ocasiões.

- o choro ausente ou muito fraco destitui o bebê de uma das características mais primitivas e básicas do ser humano que é o posicionamento frente ao estímulo doloroso e agressivo. Tem pouquíssimos casos o choro é forte ou frequente. E mais, não há uma resposta do ambiente a esta ocorrência ou mesmo a outra solicitação que o bebê venha a fazer. Há ainda o caso

daqueles bebês que estão entubados e portanto não tem possibilidade de chorar e obviamente seu quadro clínico é gravíssimo.

Conforme BRAZELTON (1988), o choro do bebê frágil ou prematuro "é um sinal excelente de força. O choro exige muito do bebê. Os bebês prematuros não somente podem não conseguir reunir forças para chorar, até que estejam razoavelmente bem organizados, como também não conseguem mostrar este esforço por muito tempo" (p.167).

- quanto ao contato físico com estas crianças, como já várias vezes foi citado, é limitado pela incubadora, podendo se realizar apenas por suas aberturas laterais, com muito cuidado quanto a fios, sondas, que estão presos ao corpo do bebê. Esta situação incubadora, não apenas impede que os pais, as figuras familiares se aproximem facilitando o contato físico. Impede esta estimulação externa que reforçaria a busca do próprio bebê em relação ao contato maior, interativo.

Unindo estes quatro itens- letargia, sono, movimentos e choro, podemos pensar em como se encontram estes bebês, em seu "estado" geral. Seu nível de funcionamento e portanto suas possibilidades de contato com o mundo exterior e com o que vem

vivendo neste período inicial de seu desenvolvimento afetivo e de comunicação.

Quero agora deixar claro que é através destas formas de comunicação que este bebê propõe, de sua parte, canais para realização de seu processo interacional. Isto implica que se comece a pensar muito sobre a precariedade de seus recursos e sua relação com os aspectos parentais de facilitação ou não deste processo.

Pois LEBOVICI (1988) coloca que "O destaque (para a interação) é posto sobre o elo existente entre o comportamento do bebê, concebido como comunicação, e a resposta da mãe, e vice-versa" (p.146).

Mas novamente, em todos estudos que Lebovici fala, não há descrição de estudos tão precoces. O retorno será sempre ao proposto por Klaus e Kennel sobre o "período vulnerável" logo após o nascimento, onde uma separação mãe/criança traria como decorrência, dificuldades futuras na formação de vínculos ("bonding") (*).

(*) "Bonding" - termo idealizado por Klaus e Kennel - Formação de vínculos afetivos, de "ligação entre a mãe e o bebê. Inicia no nascimento e persiste por alguns dias, durante os quais a mulher está aberta para realizar tal relacionamento. Ou seja, ela encontra-se num chamado "período vulnerável". A não ocorrência desta formação de vínculos, neste momento, acarreta para o bebê e sua mãe, dificuldades em suas ligações afetivas

O Recém-Nascido de Alto Risco, Acompanhado; no Follow-up:

Logo ao iniciar as observações no FOLLOW-UP, saindo do atendimento intensivo, ficava difícil entender a mudança ocorrida nestas mães, nos pais e em seus bebês. Permanecia ainda uma imagem anterior, onde um misto de depressão, espanto e dúvida era claro nos olhos e na expressão facial destes pais. Agora, surgiam as mães bem dispostas, arrumadas (recuperadas do pós-parto e sem os camisolões do hospital), maquiadas, enfeitadas. Os pais, como companheiros, empunhando a sacola com todo o material do bebê. E este, risonho, limpinho, enfeitado para a visita a doutora. Pode-se ver, na maioria das crianças, um cuidado muito grande quanto às suas roupinhas. Poucas crianças estão com assaduras ou com problemas de pele, o que sugeriria negligência ou maus cuidados.

Obviamente surgiram algumas crianças onde estava presente certa negligência quanto aos cuidados - presença de escabiose, assaduras, as roupas mal lavadas, etc ... Mas estes casos eram raros frente a toda população.

Também surgiram casos mais severos que caracterizavam abandono. Mas foram poucos como o caso de uma menina com cerca de 18 meses, com importante microcefalia, paralisia grave e crises convulsivas, que após abandono ao atendimento de ambulatório por um longo período, retornou. A criança estava sem anti-convulsivante, sem tratamento fisioterápico que havia sido indicado, mostrando uma seriíssima hipertonia.

Ao observar esta criança tão debilitada, com padrões de fixação grave em seus aspectos motores, comecei a pensar que não lhe fora possível desenvolver-se ao menos o mínimo possível. Em algum momento o alto risco emocional determinado pela família escapou à equipe de atendimento.

Assim, não foram realizadas tentativas de resgatar aspectos que permitissem a interação, mesmo que de uma forma muito primitiva. Com isto a mãe, ainda adolescente, não pode em nenhum momento desenvolver alguma "troca" com sua filha. Como esperar então que conseguisse cuidar de seu bebê?

Uma tia da menina, que também trazia um filho seu para acompanhamento neste Serviço chegou a comentar que havia intenção de avó materna em processar o hospital por ter sido atendida esta criança e sobrevivido. Isto mostra toda uma estrutura familiar extremamente comprometida, reagindo a esta situação de crise de uma forma inadequada, especialmente através de mecanismos projetivos.

Mais tarde foi recebida a notícia da morte da menina o que não causou estranheza já que em nenhum momento esta criança parecia ter existido, a não ser para aquelas pessoas que através de seu trabalho garantiram por um tempo sua sobrevivência. Porém pode ser garantido que estaria acompanhada e cuidada após sua alta. Também a mãe não foi preparada para assumir, mesmo que precariamente, sua função, o que lhe permitiria após a perda da

menina guardar a satisfação de em alguns momentos ter alcançado o proporcionado prazer a esta filha.

Começo a pensar no fato de que alguns autores lembram que 20% das crianças maltratadas ou negligenciadas foram prematuras. CRAMER. (1987) citando KLAUS e KENNEL dizem que "eles basearam em certas estatísticas, reconhecidas pela maioria dos autores (...) que uma grande percentagem de crianças espancadas foram prematuras. Para estes autores isto seria uma decorrência da separação prematura e impossibilidade de um contato mais intenso com o bebê no período inicial de sua vida "(p. 44).

Este caso trazido anteriormente mostra que a afirmação deve ser ampliada. Além da separação inicial, havia o quadro severo de microcefalia, as crises convulsivas, a idade da mãe e uma gravidez fora de um relacionamento estável.

O mesmo posso dizer quanto as crianças que permaneciam em atendimento no Follow-up, trazidas para seguimento. Talvez aquelas crianças que abandonaram o tratamento e que de acordo com o levantamento do próprio Serviço corresponde a cerca de 30% das crianças atendidas no Berçário de Alto Risco, ou mesmo nos levantamentos deste último ano (ainda incompleto) - cerca de 27% (*) possam fazer parte da população citada por KLAUS e KENNEL.

(*) levantamento realizado pelas pediatras responsáveis pelo atendimento no Follow-up

Também RICHARDS (1980) considera pequenas as evidências de que seria comum naquelas crianças que passaram por atendimento intensivista, uma propensão a sofrerem abusos e negligências. Para ele as dificuldades neonatais que surgem são decorrentes muitas vezes de outros problemas como idade materna, ausência de um apoio social para as mães, anormalidades na gravidez, parto.

Sem dúvida é no Follow-up que se tornam mais presentes outros comprometimentos do bebê. Quando a situação de risco foi debelada e a criança e sua família não estão mais perseguidas pela possibilidade da perda, as sequelas que permaneceram vão sendo avaliadas, discutidas com os pais. É então que ressurgem, toda tristeza vivida quando do nascimento de seu filho. Porém, o bebê já está com eles, em casa, o que lhes garante que podem e tem condições de tomar conta de seu filho, independente das dificuldades que possam vir a passar.

Após a observação da conduta e funcionamento de muitas famílias durante o atendimento no Follow-up, dividi estas crianças, em alguns grupos:

- aquelas que a partir da alta passam a apresentar desenvolvimento normal, não apenas com ganho de peso, crescimento, ausência de infecção, de convulsões, mas mostram desenvolvimento afetivo e cognitivo. São crianças que ao nascerem apresentavam poucas complicações como determinantes de seu alto-risco - em geral prematuridade, peso limítrofe ou inferior, asfixias, leves icterícias. Outras porém, passaram por

momentos de extrema gravidade e debilidade, que parecem muito distantes da sua realidade atual (**).

São crianças que aos poucos alcançam o desenvolvimento neuropsicológico adequado à sua faixa etária, reagem imediatamente a voz humana, especialmente a materna e paterna, demonstrando um bom nível de comunicação já nas primeiras consultas. O mesmo durante o atendimento e o exame clínico, respondendo às estimulações pertinentes a esta situação.

É aqui que lembro J., citada anteriormente, quando do início os comentários sobre o recém nascido de alto risco, sozinho.

Que distância foi percorrida por esta criança e seus demais parceiros até chegar neste momento em que vai completar seu primeiro aniversário.

Ao nascer apresentou asfixia grave aliada a baixo peso que motivou sua internação, segunda filha um casal jovem, agora já ensaia alguns passos segurando-se nas cadeiras do ambulatório.

Reage imediatamente ao ser chamada pela mãe que a estimula a dançar, ri com vontade junto com sua mãe, olha para as outras pessoas na sala que participam desta situação, mostrando através dos olhos e algumas modificações na expressão facial o reconhecimento da figura materna.

(**) Quando discutir a família, será possível constatar que estas crianças correspondem pais com uma certa estrutura individual e familiar, que colaboram com o desenvolvimento dos filhos.

Ao tirar a roupa para permitir o exame físico da criança, a mãe brinca com ela, faz cócegas, a beija, e a menina não deixa de olhá-la, observá-la.

Neste momento a médica que atendia o Follow-up neste dia se aproxima de mim e diz - "e lembrar que era tão pequenininha, que apresentou asfixia grave no nascimento".

Estava também ela verbalizando a mesma satisfação que a mãe e a filha encontravam na brincadeira corporal possibilitado pelo encontro desta menina com seu desenvolvimento normal através de uma estrutura terapêutica que lhe cercou cuidados.

Outras crianças podem inicialmente pertencer a este grupo, mas aos poucos, não mais correspondem as expectativas dos pais pois não tem melhores recursos maturativos. Passam a fazer parte de um grupo intermediário onde apesar de não alcançarem algumas aquisições, conseguiram alguns momentos de gratificação e prazer.

O tempo que este vivência anterior facilitará seu relacionamento e como este processo afetivo continuará, não foi motivo de preocupação neste estudo, mas deve ser algo levado em consideração.

É o caso de A. , que apresenta suspeita de síndrome

genética até então não confirmada. Muito atenta à mãe, a procura por toda parte. Com pouco mais de dois meses, vira a cabecinha conforme pode e sorri muito. Estimulada, reage de forma intensa através da expressão facial. Porém, o corpo não consegue realizar tanto quanto seu afeto e sua cognição. Já iniciando movimentos associados, sugere complicações quanto ao seu futuro desenvolvimento motor. A mãe sabe desta possibilidade mas ainda não a vivenciou. É o que ainda está por vir, assim como a necessária continuação de um estudo destes casos.

- outro grupo é formado por aquelas crianças permanecem com sequelas orgânicas, sejam do sistema nervoso, cardíacas, respiratórias e que vem determinando prejuízo em que desenvolvimento neuropsicológico. É evidente que estes bebês apresentarão atraso em suas futuras aquisições que podem aparecer através de vários níveis de comprometimento.

Em relação a complicações cardíacas, J., filha única, vinha para atendimento apenas com a mãe. Com um importante comprometimento cardíaco, que a levava frequentemente a internações, não conseguia adquirir peso. Ao tirar sua roupinha para ser levada até a balança, a mãe já começava a chorar. Com 7/8 meses, sua aparência era de um bebê de cerca de 2 meses.

Na última consulta já podiam ser detectados dificuldades motoras através de uma severa hipertonia. Os olhos grandes, muito abertos e escuros no rostinho abatido, pouco expressivo, descolorido, contrastava com as roupas coloridas que a mãe nela colocava e com o brinco e a pulseirinha que a enfeitava.

Outro caso a de uma criança hidrocefálica severa, que apesar de estar sendo atendida no Serviço de Neurologia, (como é o caso de todas as crianças que apresentam quadros neurológicos) recebe um acompanhamento clínico neste ambulatório.

Os pais a trazem com uma fralda sobre a cabeça. Ao retirá-la fica claro o porque da depressão estampada no rosto do casal. A médica que os atende questiona o não uso da válvula ao que os pais explicam que praticamente não existe massa cerebral o que implica em que o uso da válvula reverteria o quadro, mas a criança apresentaria então uma microcefalia severa.

Adotando uma visão macro de todos estes casos, alguns aspectos chamaram minha atenção. Um deles foi a ausência do comportamento de reação ao estranho que não foi detectado durante todo período que permaneci no Follow-up.

É esperado que a partir do 8o. mês (em média) os bebês passem a não aceitar a intromissão de um estranho em suas

atividades. Em geral, reagem com negativismo, vergonha, raiva, choro, dificultando a aproximação especialmente física de uma pessoa não familiar. Foram pouquíssimos casos onde apareceram tais comportamentos, mas com características muito mais simbióticas, numa idade maior, onde pode ser visto um "desespero" da criança em ser tocada, "longe do corpo da mãe". E mais - a atitude adotada pelas médicas sempre foi nesta situação, solicitar que as mães segurassem seus filhos no colo. Esta orientação sempre surtiu efeito mas parecia ocorrer muito mais por uma sensibilidade da médica do que por uma compreensão do que estava acontecendo.

Uma destas crianças, um menino, com 2 anos de idade, vinha de recentes hospitalizações em função de constantes diarréias e desidratação, sendo possível relacionar sua dificuldade em relação ao exame físico com estas ocorrências e não como reação ao estranho.

Cabe aqui pensar um pouco sobre o significado que existe quanto a presença ou não desta reação. SPITZ (1972) em seus trabalhos, apesar de não ter estudado crianças com dificuldades, lembra que

*"As crianças que não formam relações
objetais regulares não chegam a distinguir
afetivamente a mãe de um estranho e por isto
não terão medo"* (p. 103).

A reação ao estranho corresponde ao segundo organizador - aquele momento que sugere uma nova organização de um ego ainda rudimentar, mostrando que em seu processo de desenvolvimento afetivo, o bebê já alcançou uma diferenciação maior de sua mãe, que é a representante do objeto afetivo, do outro ou o estranho e portanto de si próprio.

Quanto a sua ausência, Spitz fala de que este segundo organizador é mais intensamente psicológico que fisiológico, já que o primeiro, sorriso social, depende basicamente de processos maturativos, fisiológicos e portanto em algum momento o bebê estará capacitado a apresentá-lo.

Outro sinal significativo, ou que pelo menos caracterizou esta população foi a ausência de objeto intermediário (*). Informalmente questionei mães e pais sobre a presença de algum sinal que lembrasse sua existência mas não os encontrei.

Em geral, esta escolha de um objeto intermediário acompanha o período da reação ao estranho pois ambos a partir do

(*) conforme WINNICOTT (1975) este objeto seria um representante da mãe, da figura dos cuidadores, um objeto de segurança e consolabilidade neste período de desenvolvimento infantil. Ele permite ao bebê consolar-se pela ausência da satisfação concreta de suas necessidades através da mãe real.

proposto por seus formuladores teóricos, representam o trabalho desenvolvido pela criança e sua mãe no caminho da separação, da diferenciação e individuação.

Comecei a pensar se a ausência ou pelo menos a não-observação destes fenômenos, nestas crianças é algo significativo ou representativo de interferências em área afetiva.

A observação de controle num ambulatório que atendesse a mesma faixa etária com crianças em cuja história não estivesse presente a situação de Alto Risco, facilitaria uma visão e uma compreensão mais clara destas duas situações consideradas pelos psicólogos, como significativas no desenvolvimento inicial do indivíduo. Por outro lado, o acompanhamento por um tempo mais prolongado destas crianças, poderá dizer se realmente ocorrerão problemas no futuro.

CAPITULO III

A UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO. MEIO AMBIENTE E PARCEIRO DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO

Ao pensar sobre o recém-nascido de alto risco, tenho presente suas necessidades e cuidados intensivos, que envolvem "ambiente especial". Isto porque deve aproximar-se o máximo possível do ambiente natural da formação, deste bebê - o útero materno. Isto é algo complexo pois não pode ser "artificial" criado pois envolve mais do que o orgânico, com uma complicada rede de metabolismos, trocas com todo organismo, interferências emocionais, hormonais, etc...

Como já está claro, a abordagem deste estudo envolve aquelas situações neste período especial que implicam no desenvolvimento interativo e conseqüentemente na formação de vínculos afetivos. Assim, ao comentar sobre o meio ambiente este bebê encontra, como o primeiro, na vida extra-uterina, lembramos aspectos que estão envolvidos com estas aquisições. Atualmente a sofisticação nos cuidados com estas crianças, vem possibilitando uma menor mortalidade mas também trazem a preocupação com a qualidade de suas vidas o que vem determinando a busca de um atendimento que cada vez mais se preocupa com seu

desenvolvimento integral.

Desta forma. CF. Klaus, Fanaroff e Martin.(1972)

" recentemente tem surgido um grande número de estudos sobre a estimulação da criança sugerindo que os estímulos sensoriais podem desempenhar um papel significativo na maturação neurológica e física e podem ser cruciais como estímulos para a organização de muitos processos superiores (...). Esses estudos mostram que se uma criança pequena prematura, for tocada, acalentada acariciada afagada ou quando se fala com ela diariamente durante sua permanência no berçário ela poderá apresentar um menor número de episódios apnéicos e um maior ganho de peso assim como irá se desenvolver mais rapidamente em algumas áreas superiores do funcionamento do SNC e que irá PERSISTIR POR MESES APÓS ALTA HOSPITALAR" (*) (p. 102).

A partir destas informações vou passar a descrição do local de realização da pesquisa. O alojamento das mães bem como Berçário de Alto Risco (BAR) e o Berçário Intermediário (BI).

Encontram-se no 3o. andar do hospital, sendo que de um lado do corredor ficam os dois grandes quartos coletivos para as mães que permanecem com seus bebês, no caso daqueles que nasceram sem complicações e cujos filhos vem recebendo cuidados especiais.

(*) o grifo é meu.

Em frente ficam as duas grandes salas dos Berçários o que facilita em muito o acesso das mães para visitas. Estes dois se comunicam através de um "hall", que serve também como local para informações, onde são expostos alguns avisos de cursos, fotografias de bebês, convites para festinhas de 1o. aniversário... Ao entrar, dirigindo-se para o lado direito fica o BAR, para aqueles bebês com maior risco, À esquerda o BI. Ambas as salas são grandes, muito claras pois além de janelas as luzes fluorescentes estão permanentemente ligadas. A pintura é toda branca, assim como os balcões, armários, etc.

Atualmente foram feitas algumas modificações e a enfermagem tem tido preocupação de enfeitar com grandes bonecos coloridos as paredes. Isto permite um ambiente mais acolhedor, favorecendo inclusive uma visão um pouco diferente destes bebês. A partir do momento que se introduziu bonecos também surge no Berçário seu significado como brinquedos e participantes da vida lúdica infantil, trazendo para estes bebês o resgate de sua condição de crianças.

Surge uma nova visão deste ser tão pequenino, pois já com isto também está havendo uma tentativa de resgatar sua identidade e individualidade. Ao mesmo tempo em que as paredes eram apenas brancas, nas incubadoras lia-se filho de (ou filha de). O nome da criança frequentemente não aparecia. Hoje, a identificação é feita através de um cartão que diz - Meu

nome é Minha mãe é Meu pai é

Sem dúvida nenhuma, surge uma nova percepção deste bebê, que aparece no meio ambiente preparado para seus cuidados.

Outro aspecto muito significativo refere-se aos estímulos que estes bebês recebem. Chamou muito minha atenção a estimulação auditiva. Há um excesso de ruído em grande parte do dia. É o rádio, o entra e sai dos médicos, residentes, equipe, que discutem, solicitam exames, dão opinião, chamam a enfermagem, os alarmes dos monitores, o abre e fecha das incubadoras, o telefone...

LAWSON, DAUM e TURKEWITZ (1977) que realizaram um estudo sobre as características ambientais de uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, mostraram que a mortalidade nestas instituições vem diminuindo ao mesmo tempo que a sobrevivência destas crianças mostra uma grande incidência de problemas posteriores no desenvolvimento, em especial quanto a aspectos motores e cognitivos.

Questionam-se então sobre a qualidade ou a falta estimulação perceptiva que estas crianças estão recebendo.

Dizem -

"As crianças em atendimento intensivo geralmente apresentam doenças graves e requerem constante supervisão e frequentemente tratamento de

emergência, Muitas estão em aparelhos de respiração artificial (respiradores) e requerem outros aparelhos de sustentação e aparelhos de monitorização." (p. 1634) "Tais fatores e as exigências que os acompanham levou-os a observar que encontram-se expostas a uma extensa estimulação ambiental especialmente sonora e de iluminação." (p. 1633)

Para eles, dificilmente uma criança em casa, estaria exposta tão frequentemente a estímulos auditivos ou tão constantemente a altos níveis de som e iluminação. Os dados que encontraram são compatíveis com ruídos de uma esquina movimentada, ou de um motor de ônibus. E mais, conforme afirmam, as crianças, na incubadora, estão aparentemente expostas a mais barulho do que aquele que é observável. Estão expostos a um barulho constante e forte, produzido pela própria incubadora.

O que estes autores apresentam e que pode ser observado é que contrariamente ao que se pensa, as crianças prematuras não recebem pouca estimulação. Na verdade os estímulos recebidos são provedores de um adequado princípio de desenvolvimento. Inclusive citam a não demarcação clara do dia e noite, lembrando as diferenças existentes em casa quanto a rotina destes horários. Mas talvez o mais importante que estes autores colocam é que todos estes estímulos estão em detrimento ao desenvolvimento da integração intersensorial e quanto ao desenvolvimento e manutenção de respostas orientadas a um evento externo. Para eles, isto pode inclusive determinar que o som tenha apenas um efeito excitatório, mas não um efeito de orientação e direção. Seus dados le-

portanto a concluírem que a criança prematura encontra-se sujeita a um padrão e uma quantidade inapropriada de estímulos.

Passando para aspectos práticos deste ambiente, a descrição que BRAZELTON (1988) traz da primeira visão que se tem ao se chegar ao berçário de prematuros é muito significativa:

"A primeira visão que se tem de um berçário como este, faz com que imaginemos como um bebezinho tão frágil pode ter tamanha resistência para sobreviver estando ligado a toda aquela incrível rede de máquinas (...). A delicadeza, a engenhosidade que é exigida pelo lado técnico necessário à sobrevivência do bebê dá a uma pessoa a sensação incômoda do quão tênue é a situação do bebê no momento." (p. 76)

Relacionando sua preocupação aos achados da pesquisa anteriormente citada, Brazelton lembra a dificuldade de adaptação fora da incubadora. Diz:

"Peris Umiães (referindo-se ao bebê) para a assimilação de estímulos estão de tal modo subdesenvolvidos e são tão facilmente ultrapassados que eles estão literalmente à mercê de tudo que aconteça ao seu redor. Assustam-se ou piscam a cada som, retraem-se a cada toque. Necessitam dormir, a fim de manter afastadas as luzes fortes do berçário, e não estão acostumados a olhar para estímulos atrativos. O aprendizado da adaptação ao mundo ao seu redor lhes toma algum tempo, depois de entrarem num berço." (p. 84)

Um outro fator que sempre chamou minha atenção foi a incubadora. Deixando de lado o fator necessidade, sempre me fazia sentir distante do bebê - a impossibilidade de tocá-lo e portanto de SENTI-LO, dificultava o seu conhecimento. Aquilo que seu corpo me transmitiria - calor, o tônus modificando-se ao toque, até seu cheiro, levaria a uma maior proximidade. Então entendo a dificuldade existente em algumas mães em tocar seu filho através de aberturas pois ele não lhe é entregue por inteiro. É uma barreira que protege o bebê de mudanças de temperatura, umidade, protege até de infecções, mas também como coloca RICHARDS (1986):

«Ela não apenas providencia uma barreira física mas cria uma distância psicológica para os pais e o staff. Um bebê chorando numa incubadora é difícil para escutar e isto pode, em parte, concorrer para uma dificuldade o estabelecimento de relação entre o comportamento infantil e o adotado pela enfermagem, o que tem sido encontrado nas unidades neonatais.» (p. 27)

THIS (1980) coloca de uma forma muito pungente que *“também cumpre observar o que se passa quando a criança é colocada numa incubadora, quando para aquecê-la, é separada de sua mãe; é evidente que o bebê relaxa, pode mover-se, sente o calor, está oxigenado, mas encontra-se longe do cheiro materno, e ninguém o acolhe ... é o deserto afetivo, a solidão mais completa.” (p. 236)*

Além da interferência das instalações de uma Unidade Tratamento Intensivo Neonatal na individualidade, identidade e desenvolvimento perceptivo destas crianças, os cuidados básicos

que envolvem trocá-la, examiná-la, também representam fatores intervenientes em cada uma destas histórias. Tais aspectos envolvem desde o número de pessoas que atendem cada bebê até a forma disto ocorrer.

RICHARDS (1986) cita um caso de um bebê que durante sua internação que durou 49 dias, recebeu cuidados de 71 auxiliares de enfermagem. Tal fato determina que nenhuma destas pessoas tenha aprendido alguma coisa específica, individual deste bebê. Este mesmo autor comenta: Outro fator é a tradicional organização do trabalho por rotinas regulares muito usadas nos hospitais. Um grande número do staff é dividido para um determinado bebê que recebe pequenas visitas de cada um deles. (...) É claro que nesta situação é muito difícil para os cuidadores aprenderem qualquer coisa sobre as características individuais do bebê.

Além disto, é facilmente observável que o manuseio não é diferenciado e referido a este ou aquele bebê como indivíduo. Ele é diretamente determinado e visa o comprometimento orgânico. Assim, são visualizadas e atendidas as características de sintomatologia e não desta criança que está, neste momento apresentando estes sintomas clínicos.

CAPITULO IV

A FAMÍLIA. OS MAIORES PARCEIROS DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO

Estarão aqui mais presentes o pai e a mãe como representantes da família pois são os que podem participar de seu atendimento ainda no Berçário.

Considero que são eles os maiores parceiros do bebê, portadores de uma intensidade de afetos e sentimentos que representam toda ansiedade presente na situação.

Ao considerar os pais como parceiros de bebê, remeto minhas idéias até os estudos atuais da interação. São autores como Brazelton, Lebovici, Klaus e Kennel e Cramer que a partir de extensos estudos sobre bebês tem discutido novas idéias quanto ao vínculo familiar a partir do nascimento de um bebê.

BRAZELTON (1987) comenta que nos últimos 15 anos as idéias sobre as capacidades do bebê modificaram-se intensamente, tanto em seu contexto individual como em relação à família. Hoje ele é considerado como um ser complexo que interage determinando e estabelecendo condutas nos adultos que o cercam - "Ele os modela tanto quanto é influenciado por eles".

Minha observação também entende o bebê como um indivíduo que participa de forma ativa na vida familiar, não apenas a partir de seu nascimento, mas desde o início de sua gestação onde fantasias familiares "personificam" esta criança, criando através de imagens e idéias um futuro e uma participação dentro de seu ambiente social e familiar.

Tendo tal compreensão sobre o bebê, a interação soma-se a teoria de família e a psicanálise, levando meus estudos a movimentos entre enfoques diferentes, que logo passarei a citar.

A chegada de um bebê na família.

EIGUER (1965) falando sobre o ciclo de vida familiar prioriza os veículos afetivos inconscientes como o fator que determina a existência da família. É esse nível de realidade inconsciente que vai fazer "nascer, viver e morrer" acolhendo mudanças elaborando crises, integrando os processos maturativos depois um trabalho grupal (de luto). É neste cenário que vão ocorrer os traumas cíclicos - quais sejam os acontecimentos psicossociais ligados ao ciclo histórico (casamento, nascimento, entrada na escola, crises evolutivas...) Já os traumas não-cíclicos - são próprios da existência pessoal ou familiar como mudanças de residência, perda de emprego, doença...

O que mais interessa é a idéia do que estes traumas desencadeiam crises com efeitos sobre a identidade familiar. EIGUER (1985), coloca "O nascimento de um filho, por exemplo, implica a aquisição de um novo estatuto familiar, ou mesmo de um novo papel para cada pai, em se tratando de um primeiro filho. Quantos nós somos agora? ... Reconhecemo-nos no Recém-Nascido? Trata-se da ruptura (citando R. KAES, 1979) entre o passado e o presente, mas o importante é saber se esta ruptura implica uma quebra do espelho narcísico, ao ponto de, pelo efeito da crise, ninguém reconhecer mais ninguém" (p. 73).

Durante este processo de ciclo vital ocorrem estágios que são marcados de descontinuidade desencadeando uma crise e introduzindo mudança. Entre outros, Eiguer assinala "o nascimento do primeiro filho é uma passagem, cheia de emoção a um outro estágio." (p. 73)

Já PINCUS e DARE (1981) no capítulo que dedicam a vinda do bebê, usam o título "Criando espaço para o bebê na família", e pressupõe movimento para ser criado um lugar para este novo personagem familiar.

Comentam tais autores que "o nascimento, como a morte, é cheio de mistério, e nenhuma preparação prática chegará ao âmago dos medos e fantasias secretas acerca do nascimento, de como será o bebê e o que ele significará para todos.: (p. 49) Também comentam que "o nascimento de um bebê não apenas enfatiza a

diferença entre os sexos e os sentimentos que surgem destas diferenças como também cria uma crise - com todas as transições de um estágio de vida para outro". (p. 550)

Através de uma visão sistêmica, ANDOLFI (1984) fala "Já declaramos que cada mudança quer intra-sistêmica (o nascimento de um filho, filhos saindo de casa, menopausa, morte de um membro da família, divórcio ...) ou intersistêmica (transferência no emprego, deslocamento da família, alterações nas condições de trabalho ...) abala seriamente o funcionamento da família. A mudança requer um processo de adaptação que pode ser visto como uma modificação nas regras de associação a fim de assegurar coesão familiar enquanto oferece espaço para o crescimento psicológico dos membros individuais da família." (p. 230)

BRAZELTON (1988) comenta "A chegada do primeiro bebê é um dos eventos mais desafiadores da vida, talvez o mais desafiador. É uma oportunidade para o crescimento pessoal e maturidade, bem como uma oportunidade excitante para promover o desenvolvimento e ser responsável por um outro ser humano (...). Um bebê apresenta uma pessoa com a oportunidade de "tornar-se uma família".

Em nosso meio, M. T. MALDONADO (1981) considera a ocorrência da gravidez como uma "fase de grandes transformações no corpo e na vida emocional da mulher, o que tem repercussões muito significativas no estado emocional do homem e no relacionamento

entre os dois. Ao longo dos três trimestres da gravidez, ocorrem muitas sensações, jamais vividas anteriormente, e que tocam, atemorizam, assustam ou alegram profundamente". (p. 21).

Esta mesma autora (1979) considera que a gravidez seria um dos períodos críticos de transição no ciclo vital da mulher que contribui para o desenvolvimento de sua personalidade. Para ela, ocorre além de uma tensão biologicamente caracterizada por "mudanças metabólicas complexas, um estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade" (p. 11).

Enfocando mais intensamente a situação da mulher, a descreve a partir do entendimento da teoria de crise elaborada por G. CAPLAN, definindo que deve ser considerada como um "período temporário de desorganização do funcionamento de um sistema aberto, precipitado por circunstâncias que transitóriamente ultrapassam as capacidades do sistema para adaptar-se interna e externamente". (CAPLAN, 1963, citado por MALDONADO, 1979). Para este autor, a gravidez normal pode ser referida como um período de transição inerente ao desenvolvimento denominado de crise previsível. Já gravidez de Alto Risco, nascimento de bebês prematuros, seriam crises imprevisíveis por configurarem-se como algo inesperado.

Talvez o mais importante desta compreensão é a de que "as crises implicam num enfraquecimento temporário da estrutura básica do ego, de forma que a pessoa não consegue utilizar seus métodos habituais de solução de problemas e, portanto, requerem a mobilização dos mecanismos adaptativos do ego no sentido de buscar respostas novas anteriormente inexistentes no repertório do indivíduo" (p. 12).

Mais especificamente sobre a gravidez, MALDONADO (1979) lembra a mudança de identidade, nova definição de papéis "e não esquece de comentar que "o processo de mudança de identidade e de papel se verifica no marido e também a paternidade deve ser considerada como uma situação crítica no desenvolvimento emocional do homem" (p. 13/14).

Continua esta autora

"em relação ao casamento, a gravidez também pode levar a maiores níveis de integração e aprofundamento no relacionamento do casal mas, por outro lado, pode romper uma estrutura frágil e neuroticamente equilibrada." (...)
"É importante sobretudo enfatizar que o nascimento de um filho é uma experiência familiar. Portanto, para se atingir o objetivo de oferecer uma assistência pré natal mais

global é necessário pensar não apenas em termos de "mulher grávida" mas sim de "família grávida".

Para um entendimento maior MALDONADO propõe então a teoria sistêmica e sua abordagem sobre a família mostrando que "qualquer evento que ocorre com uma das partes deste sistema, atinge o sistema inteiro, logo, a gravidez é uma experiência que pertence a família como um todo" (p. 15/16).

Termina dizendo "é fundamental, portanto, enfatizar as interações de toda a unidade familiar na medida em que cada membro desta unidade sofre transformações significativas sob o impacto gravidez". (p. 17)

Chegamos assim a MINUCHIN (1982) quando comenta que

"O nascimento de uma criança caracteriza uma mudança radical na organização familiar. As funções dos esposos devem se diferenciar para satisfazer as exigências da criança, em termos de cuidados e alimentação e para manejar as restrições assim impostas ao tempo dos pais.

Habitualmente, as incumbências físicas e emocionais para com a criança requerem uma mudança nos padrões transicionais (*) dos esposos. Aparece um novo conjunto de sub-sistemas na organização familiar, tendo as crianças e os pais novas funções. Este período também requer uma re-negociação de limites com a família mais ampla e o extrafamiliar. Os avós, tios e tias podem entrar em cena, para apoiar, guiar ou organizar as novas funções na família." (p. 26)

"Em geral o sistema deve efetuar mudanças complexas requeridas para passar de um sistema de dois para um subsistema de três. Habitualmente o compromisso da mulher com uma unidade de três, inclusive um compromisso mais profundo com o casamento, começa com a gravidez.

(*) Maneira pela qual cada cônjuge desencadeia e controla o comportamento do outro e, por sua vez é influenciado pela sequência comportamental prévia. Formam uma rede de exigências complementares regulando situações familiares. (Minuchin, 1982, p. 26).

Para ela, o filho constitui uma realidade muito mais cedo do que para o homem. Ele começa a se sentir como um pai, somente no nascimento, e às vezes até mais tarde. O homem pode permanecer não comprometido, enquanto a mulher já está se adaptando a um novo nível de formação familiar". (p. 40)

Neste momento, não posso deixar de fazer algum comentário. Apesar de concordar com MINUCHIN sobre as modificações que ocorrem no casal (ou na família) a partir da gravidez, não parece razoável afirmar que o homem só passa a sentir-se como pai a partir do nascimento ou talvez até mais tarde. Em certo sentido isto parece contraditório até com formulações básicas de sua teoria onde alguma modificação numa parte do sistema (ou do subsistema) necessariamente acarreta mudanças nos sistemas mais próximos. Parece que, neste caso, seriam movimentos em direção a "tornar-se pai" o que não mostra nenhum respaldo a sua afirmação de que isto ocorreria a partir do nascimento ou até mais tarde.

A partir destas idéias, lembro THIS (1987) que tenta dentro de um referencial basicamente psicanalítico lacaniano dar um lugar mais atuante ao pai e fala "porisso não podemos pensar na gestação como obra exclusiva da mulher: uma criança não existe sem uma mãe, mas tampouco existe sem um pai." (p. 184)

Volto a MALDONADO (1979) que muito acertadamente coloca que o bebê não é fruto apenas de um homem ou de uma mulher, mas sim é o resultado do encontro entre ambos. Idéia e palavras que retratam a realidade com tal simplicidade mas que trazem imbuídas a própria intimidade, cumplicidade familiar, resultando no início de uma nova vida.

Passo agora para a situação de nascimento de alto risco pela qual passa uma família que vinha desenvolvendo um processo semelhante ao descrito acima.

O Nascimento do Recém-Nascido de Alto Risco

Durante o processo de "gestar" uma criança, a mãe, pai, toda a família vem desenvolvendo um relacionamento com este bebê que propõe uma preparação para sua chegada real. Isto ocorre através da confecção do enxoval, do arrumar o quarto e o lugar do bebê, as conversas entre o casal e com outras pessoas sobre este bebê, as consultas médicas pré-natais, etc... Vão preparando-se nesta gestação que tem um tempo conhecido, facilitando todo este trabalho de ir "criando um espaço para o bebê" conforme Pincus e Dare (1981) tão bem colocam.

No casal que acaba tendo um filho prematuro, este tempo vai "faltar". Subitamente necessitam passar de uma fase de espera, que permite um contato ainda mais íntimo com fantasias e com a

criação do filho imaginário, para uma realidade cujo momento ainda não devia ter chegado e portanto encontram-se mais distante do filho real do que aqueles casais que tem a possibilidade de irem até o final da gravidez.

Podemos pensar então que o nascimento de um bebê prematuro, introduz um novo indivíduo na família de forma muito abrupta e num tempo inadequado. O mesmo se passa com o bebê - não era seu tempo para nascer. Ele ainda não alcançou um nível de desenvolvimento que permita sua inserção no grupo familiar de forma participativa e prazerosa.

Junto a esta situação de um tempo inadequado para ambos família e recém-nascido, faz-se necessário a introdução de outras personagens que passam a assumir aqueles cuidados básicos para com o bebê, que deveriam ser realizados pela família:

- o médico neonatologista e equipe de atendimento, que tenta, através de todos recursos que tem a sua disposição, aprontar este bebê para sua família. Não é diferente o que ocorre com o bebê que não é prematuro mas que não pode ser cuidado por seus pais em função de suas condições de Alto Risco. São estes fatores que nos levam a considerar esta situação como de crises imprevisíveis, conforme considera CAPLAN, MIRTA VIDELA,(1987), psicóloga argentina, dedicada a um intenso estudo sobre gravidez, parto e situações de risco que podem acompanhá-los. É muito clara ao descrever a família deste bebê:

- "A família que possui um bebê em situação de risco está ela mesma em situação de risco psicológico. O temor, a angústia e a paralisação são sentimentos que devem ser canalizados frente a criança enferma e o medo da possibilidade de morte". (p. 106)

"Os pais ou a mãe, desenvolvem mecanismos defensivos que vão desde a superproteção ansiosa até a negação da gravidade e muitas vezes o abandono parcial ou total da criança enferma ou internada.

Perdem a criança como um produto de criação de ambos, desse vínculo, e isto faz com que viam a enfermidade como um ataque a sua capacidade criativa, ao seu narcisismo. Isto por sua vez, determina mistas acusações e reclamações, que invalidam sua possível efetividade na ajuda da criança em risco. Esta situação pode vir a ser causa de que a criança enferma se torne num instrumento de agressão entre os pais". (p. 106)

CLARK e SEIFER (1983) colocam que a mãe de uma criança de alto risco necessita fazer modificações nos cuidados e atendimento de seu bebê ainda durante sua recuperação pós-parto, não conseguindo desenvolver cuidados normais. Tal fato pode vir a

ocasionar um stress nesta experiência afetando para pior a interação mãe-criança, especialmente do ponto de vista da comunicação (dificuldade da criança olhar para a mãe, de prestar atenção à mãe, apesar de reagir a sua voz).

AJURIAGUERRA (1970) mostra que a relação da mãe com seu bebê prematuro, irá desenvolver-se de forma diferente: para ele, a adaptação recíproca entre mãe e filho tem problemas delicados desde o primeiro momento. Cita LEZINE e fala que a adaptação aos primeiros cuidados é tanto mais difícil quanto maior tenha sido o tempo de separação entre a mãe e o filho. O próprio parto prematuro é considerado como uma prova transtornante para a mãe que logo se vê separada de seu filho por um longo tempo e ao recebê-lo de volta pouco participou de seus cuidados. Cita também GUTIERREZ-MIMMEUR que lembra a defasagem entre a necessidade da mãe de oferecer seus cuidados e a receptividade dos mesmos pela criança.

"A mãe não encontraria ocasião para "realizar" sua condição de mãe do recém-nascido - por um lado está inquieta pelo filho em perigo e outra (importante) que sofre uma frustração de seu desejo maternal. A ausência do prematuro da proximidade de sua mãe é uma situação anormal; impossibilita o nascimento de uma característica fundamental, da continuidade do fisiológico no psicológico." (p. 456)

LEBOVICI (1987) coloca que

"o nascimento de um bebê prematuro afeta a interação (...) é frequentemente fonte de angústia: a mãe sai da clínica ou do hospital sem levar o bebê para casa, ela não terá possibilidade de saborear, festejando, este nascimento (...) o parto prematuro pode ativar na mãe a fantasia de que seu interior é perigoso ou hostil para os bebês que podem aí se achar (...) ela deu à luz um bebê não concluído - incompleto". (p. 190)

Além desta primeira separação prematura, há uma segunda separação - o bebê é deixado longe, numa incubadora. "O bebê e os pais separados em razão da imaturidade biológica do recém-nascido e (...) a instituição médica, os médicos, as enfermeiras tomam conta do bebê e os encarregados aparecem aos olhos dos pais como únicos capazes de tocar, tomar e nutrir o bebê, enquanto ele próprio, não autorizado a fazê-lo podem sentir-se perigosos e punidos pela separação. Os médicos ou as enfermeiras aparecem como verdadeiros "pais" do bebê, sobretudo a medida que passam os dias e as

semanas" (p. 191).

SOULÉ (1987) lembra ainda

"um sentimento de falência nos pais pois confia-se a criança a uma máquina para preencher o papel materno (o segurar, o holding mecânico e humano) que toma lugar da mãe se interpondo e parecendo significar para sua mãe sua insuficiência, acusando-a (...). Para evitar a separação mãe-filho, as mães foram convidadas a entrar dentro dos serviços a tomar parte dos cuidados dados aos bebês prematuros. Foi-lhe aconselhado manipular seus bebês prematuros. Foi-lhes pedido dar seu leite para provelto seja de seus filhos, seja de lactário de interesse geral. É preciso, entretanto, respeitar o retiro daquelas que não podem se permitir esta aproximação da criança e que manifestam medo através de uma atitude fóbica." (p. 164/165) (*)

Esta última frase traduz muito bem o que seguidamente observa-se neste país. Em alguns momentos, no afã de estimular a

(*) O grifo é meu.

proximidade, o contato da família com o bebê, a equipe não consegue permitir que haja um tempo para se acostumarem a idéia e a visão deste recém-nascido. Provavelmente pela proximidade constante em função dos cuidados que demandam e até pela identificação ocorrida com esta criança tão desvalida, não conseguem, em alguns momentos, lembrar o sofrimento de quem está do outro lado da incubadora.

Talvez sejam estes sentimentos iniciais nos primeiros contatos que determinam condutas como não se aproximar da incubadora, olhar de longe seu bebê, afastar-se um pouco e "espiar" não apenas o seu bebê mas os demais, permanecendo com as mãos para trás, e só devagarzinho, aos poucos, tocar a incubadora, abri-la, e com as pontas dos dedos começar a tocá-la.

Parece que tais condutas são universais. Klaus e Kennel (1982) relatam com muito cuidado tais comportamentos e o dia-a-dia em UTI Neonatal mostra o mesmo.

E é nestes dois autores, KLAUS e KENNEL (1982) que encontramos além de todas estas preocupações, respostas e tentativas de modificar esta situação através de manejos no ambiente de atendimento. Para eles, é possível através da utilização de recursos cuidadosos baseados no relacionamento humano, facilitar o encontro de respostas às necessidades desta "crise familiar". Trazem uma visão mais abrangente e ampla de fatores que podem por em risco a vinculação (formação de laços -

bonding) desta criança, com sua mãe e com sua família. Sugerem que trabalhando especialmente aspectos de confiança, segurança (e portanto esperança) familiares, resgatando a crença de que há condições para superação das dificuldades, é possível facilitar a melhora do bebê e beneficiar a interação familiar.

Com esta proposta conseguem realizar o que propõe SELMA FRAIBERG (1980) - Para esta autora, já existe nas bibliotecas muito material sobre o que os pais necessitam saber para desempenharem-se adequadamente, sobre o que os bebês necessitam para desenvolverem-se adequadamente. A pergunta que ela faz é quando os bebês vão poder beneficiar-se de todo este material e de quando serão construídas pontes sobre estes abismos. A sugestão que ela traz é de que cabe aos profissionais responsáveis uma imediata intervenção clínica e psicológica, em benefício destes bebês e suas famílias.

Mas foi no contato diário com estes pais que encontrei questões maiores a serem discutidas e pensadas. Assim passo à observação:

IV.2. A Família durante a internação

Estou no BAR há algum tempo, sentada, conversando com médicos residentes e com pessoal de enfermagem. Surge um casal, que logo procura aventais, vestem-se, vão até a

pia, lavam com cuidado as mãos e encaminham-se para uma incubadora que está no final da grande sala, mostrando que conhecem a rotina de visitas. Ao dirigirem-se até o filho, uma criança com severas malformações, não falam com ninguém, não comentam nada entre eles. Ambos permanecem com as mãos para trás, parados frente a incubadora. O pai bate com o cotovelo no braço da mãe e aponta com o rosto para o monitor cardíaco que está ligado ao bebê. Continuam olhando o menino de longe, arrumam o avental, olham as demais incubadoras, voltam a olhar para seu filho, dando a impressão para quem os observa de estarem completamente "perdidos" neste local. Logo saem, assim como entraram. Sem contato com nenhuma outra pessoa, sem tocarem-se ou tocarem no bebê. Como "fantasmas" que apenas passaram, quase sem tocar no chão, como um vento leve que ao ir embora nada carregou, nada deixou e também nada modificou.

* Outra situação, ocorrida no BI:

* Estava observando e conversando com algumas mães que cuidavam de seus bebês, trocavam suas roupas, cantavam para as crianças,

conversavam com elas, pois não apresentavam mais risco e não se encontravam mais na incubadora, apenas nos berços. Chega um casal para visitar sua filha que está na incubadora, monitorizada, Entram, arrumam-se, com o pai sempre ao lado da mãe, apoiando-a, chamando sua atenção para a menina. A mãe olha-a e começa a chorar. O pai abraça seus ombros, confortando-a. Está por perto uma auxiliar de enfermagem que trabalha com bebês há mais de 15 anos. Diz para a mãe: "Já tocou na C.? Passou a mão nela? Pode abrir a incubadora, toque nela". A mãe nega-se a fazer através de um sinal com a cabeça. Permanece chorando, cabisbaixa. A enfermeira volta a dizer: "Mas mãe, a C. precisa te conhecer. Precisa saber que você está aqui, que veio vê-la. Senão, como ela vai saber? Vamos, passe a mão nela, converse com ela". Após tamanha insistência a mãe o faz.

Vai tocando, devagarinho, com a ponta de seus dedos aquele corpinho pequeno. Aos poucos parece ir relaxando, enquanto vai desta forma conhecendo sua filha. Logo começa a preocupar-se com o que possa estar faltando para a menina, se acabaram as fraldas descartáveis que trouxeram, onde estão...

Dizer que é um momento ansiogênico e deprimente também para quem observa, talvez seja dizer pouco. Há um misto de depressão, de vontade de ajudar e até amparar fisicamente estes pais. Mas ao mesmo tempo fica uma idéia de que é um

momento tão particular, que deve ser vivido em sua intensidade, que dificilmente conseguia conversar com eles, na primeira visita. Apenas quando havia alguma solicitação ou um sugestão da parte deles. Sempre acreditei que deve ser respeitada esta primeira ocasião - nada deve invadir esta vivência. Estar próxima e disponível, sim. Mas não intervir antes que haja um sinal da parte deles.

Lembro outras situações de primeiras visitas que valem a pena serem relatadas. Uma menina nasceu prematura e com baixo peso (1180 grs.) numa cidade um pouco distante. Foi transferida logo após o nascimento, vindo para a instituição logo após o nascimento, sem acompanhamento de algum familiar.

A mãe custou um pouco a recuperar-se e só veio ao hospital após vários dias da internação da menina. Os pais recebiam informações através do telefone. A história familiar contava um aborto anterior e um bebê que chegou a nascer mas morreu duas horas após. Tal fato mobilizava a médica residente que conversou comigo sobre a situação, especialmente frente a gravidade do estado geral da criança. À primeira visita dos pais a médica apresentou-se, contou algumas coisas que vinham ocorrendo com a menina e levou-os até a incubadora. A pergunta que os pais fizeram: "Ela ainda está com risco de vida?" Chamou a atenção a forma com que a mãe veio ao hospital - arrumada, bem maquiada, cabelo cuidadosamente arrumado, o que não é o comum a ser observado com a maioria das mães, durante o período de internação

do bebe. Olha desconfiada para a filha mostrando uma expressão de grande estranheza. Às vezes parece "enojada" (e realmente o bebê não está com uma aparência agradável - machucado, com escoriações, muito letárgico, cabelo raspadinho ...) Foi orientada a limpar a menina, trocar os lençóis já que ela está sem fraldinhas. Foi mostrado onde encontrar algodão, água, todo o material necessário. A mãe solicita o auxílio do pai, fazendo-o andar de um lado para o outro, sem parecer saber o que fazer. Criticá-o muito, pega algodão pequeno, passa na bundinha do bebê, suja sua mão, passa o algodão sujo para o pai levar até o lixo, pega novamente algodão muito pequeno, sem conseguir terminar de limpá-la. Mas a enfermagem continua a insistir apesar das colocações dela - "eu tenho medo, não sei como fazer". Ao que a auxiliar diz - "você vai conseguir mãe, não se preocupe. Ela é pequenininha mas não quebra. Pode continuar fazendo".

O pai logo retira-se do BAR, preferindo ficar lá fora apesar da insistência do pessoal. A mãe também mostra sinais de retirar-se e volta a insistência da enfermagem. Começa a conversar conosco e comentar como a menina era pequenininha. Pergunta sobre o nome do bebê disse que era para ser A.C. mas que era um nome tão grande para uma criança tão pequena que ela já não sabia mais.

Quero fazer algumas considerações sobre tal fato. Em determinada época da observação, comecei a notar uma alta incidência de "trocas de nomes" das crianças. Os pais ao serem

questionados sobre o nome do bebê, forneciam um que algum tempo depois eram trocado. As justificativas indicavam - "não gostei mais", ou "meu marido não quis", "acho que não combina com ele/ela"...

Ao observar esta ocorrência sempre ficava claro, que este não era aquele bebê criado através das expectativas dos pais e que então recaberia este nome. No caso desta menina, a conduta da mãe, a sua expressão verbal sugerindo um certo desânimo e a colocação clara de que o nome era grande demais para este bebê tão pequenino, permitiu que esta idéia fosse reforçada.

Tempos mais tarde a encontrei no Follow-up e realmente outra nome para a filha. Ela era, para esta mãe, F. (Novo nome escolhido) pois A. C. não existia.

Para THIS (1980) autor que comenta muito sobre a palavra e sua força em nomear, determinar, "o nome dado à criança permite evocá-la muito antes de ser concebida", (p. 171) E continua: "escolhido pelos pais, o prenome significa mais do que determina, expressa um desejo, coloca a criança sob a proteção de um personagem importante, de um santo ilustre..." (p. 202)

Poderia continuar contando sobre várias visitas que mostram as vivências dos pais de uma forma muito nítida.

Como uma mãe que tentava alimentar sua filhinha, L. que

nascera prematura por dificuldades maternas quanto a hipertensão/
Ficou por cerca de 3 horas com a menina no seio, tentando (?) que
ela sugasse. Ela o fazia por duas ou três vezes, após muita
insistência e dormia novamente. O que podia ser observado é que
com isto as duas conseguiam permanecer juntas - mas muito juntas,
quase grudadas, sem haver praticamente nenhuma modificação na
postura da mãe. Permaneciam quietas, quase fundidas, sem limites,
uma ao corpo da outra. Várias vezes a enfermagem e a médica
tentaram auxiliar sugerindo como posicionar a criança. Mas na
verdade isto não era o mais importante - ela apenas parecia
"querer ficar com sua filha" e chegou a verbalizar: "não vejo a
hora dela ir para lá comigo" (referindo-se ao alojamento em que
ficam as mães).

Para maior compreensão vale a pena conhecer um pouco o
caminho destes pais no processo de internação.

Caso a mãe tenha tido o bebê nesta maternidade,
permanece no alojamento conjunto e seu bebê no Berçário de Alto
Risco ou no Berçário Intermediário. As visitas são liberadas para
a hora e o tempo que ela quiser. O mesmo é possibilitado ao pai.
Os médicos que atendem o alojamento estimulam estas visitas e
alguns informam e tecem comentários sobre como está o bebê, numa
tentativa de facilitar a ida da mãe até o filho.

Da mesma forma os médicos do Berçário de Alto Risco e
Berçário Intermediário deveriam ir até o alojamento para

conversarem com as mães, mas isto não ocorre rotineiramente, confirmando a idéia que sua preocupação e envolvimento básico é com o bebê e sua retirada de alto risco.

Alguns pais recebem a informação de que seu filho necessitará atendimento especial antes do bebê nascer, enquanto outros após o parto. Estas informações nem sempre são muito claras, pois ainda não foi realizado todo o rastreamento do bebê, bem como pela necessidade de algumas horas de observação para se ter uma idéia melhor de seus recursos e de suas complicações orgânicas. Existe também uma orientação na Neonatologia, de que estas informações sejam dadas lentamente, para que os pais possam ir aos poucos acostumando-se com o bebê, conhecendo-o e podendo eles mesmos avaliarem seu estado geral.

Quanto as visitas, apesar do grande estímulo para que elas ocorram, existem alguns problemas. Algumas mães vêm para a primeira visita (ou mesmo nas demais) num horário que o médico responsável não está presente. Há uma rotatividade na escala de enfermagem que não permite um controle de visitas e algumas mães mais tímidas ou receosas não informam que é a primeira vez entram numa Unidade de Tratamento Intensivo. Com isto não recebem todas informações sobre o que podem fazer com seu bebê: tocar, pegar, como abrir a incubadora, conversar com ele, o que são aqueles aparelhos... Assim, nesta ocasião mostram-se "perdidas", "soltas" neste ambiente, podendo ser comparadas ao próprio bebê que por seu tamanho e desvalia também mostra-se "solto" na incubadora.

Outro aspecto é quanto ao horário. Pela manhã, há um congestionamento maior na unidade - são as avaliações clínicas, a coleta do material, as visitas da equipe. Com isto, não é o melhor horário para os pais conhecerem e ficarem com seu filho. Por outro lado, não existe hora para emergências e chegada de novos bebês que exigem intervenções rápidas, urgência no atendimento e no uso das técnicas disponíveis, o que às vezes não permite que o pai recebam uma atenção maior. Mas representam contingências de uma situação que não podemos entender de outra forma, a não ser como especial.

Voltando às primeiras visitas, os pais sentem-se e na verdade muitas vezes o são, mais espectadores do que participantes. Por mais que lhe seja solicitado, as possibilidades da mãe e pai em cuidar de seu bebê, são mínimas (com exceção daqueles bebês que apresentam apenas prematuridade, em boas condições, ou baixo peso).

Existe uma incubadora, existem monitores, sondas ... o cabelo do bebe em geral, foi raspado, está num local diferente e isto tudo interfere quanto a execução dos cuidados. Pensando nisto, deve-se ter claro que apesar delas virem se preparando durante a gravidez para cuidar de seu bebê, não podem realizar isto agora. Assim, a impressão é que eles estão com "as mãos vazias", sem poder ocupá-las nos cuidados básicos que envolvem o tocar, abraçar, banhar, trocar fraldas, acariciar que determinam e

oficializam seu lugar como pais.

O que ocorre então é que os pais devem "esperar" por seu bebê enquanto ele deve "esperar" por seus pais. Penso no que isto acarreta. O bebê era esperado para um determinado tempo, vem antes, ou não, mas não pode ser levado para casa pois deve "desadoecer" para poder chegar ao tempo de "nascer". É mais - os pais não estão preparados para cuidar desta criança, não apenas pelo fato de não esperarem uma criança com problemas, mas principalmente por ela precisar de cuidados que não são possíveis de se realizarem em casa. Ou seja, eles não estão "capacitados" para viverem juntos este período.

No caso daqueles bebês que permanecem pouco tempo em atendimento intensivo, esta desarmonia temporal parece não acarretar maiores problemas. No caso das crianças que permanecem três semanas, um mês ou até mais a mãe, o pai e toda a família já retornaram as suas atividades diárias, sem o bebê. Assim, nesta fase de reestruturação pós-parto, com o retorno às rotinas familiares e profissionais, o bebê está sendo cuidado e crescendo nas mãos de outros. Quando ele vem para a família, esta encontra-se distante do momento do nascimento que seria o momento da chegada do bebê, enquanto que este está distante dele apenas com RN.

Por outro lado, permanece nos pais a idéia de "atraso" que se encontra esta criança. Esperam aquisições cognitivas,

afetivas, sem lembrar a idade maturativa que se encontra o bebê. Daí a importância e a tranquilidade que se observa nos pais quando lhes é explicado o "desconto da prematuridade", para uma avaliação mais real do que este bebê já pode realizar. Com isto a proposta é de avaliar o desenvolvimento neuropsicológico tendo como partida não a idade cronológica, mas a idade de seu desenvolvimento maturativo, o que diminui em muito a ansiedade familiar facilitando a equipe o manejo da situação depressiva em que se encontram.

O Pai do Recém-Nascido de Alto Risco

Ao se falar sobre cuidados com o recém-nascido, a primeira lembrança sempre está referida à figura da mãe. Neste estudo tive a possibilidade de observar e descobrir a importância que tem a figura paterna, especialmente na ocorrência do alto-risco. Chamou a atenção o tipo de atividades que ele assume e especialmente a forma que as desenvolve.

É ele o "braço que apoia", precisando ser forte para poder sustentar e apoiar a mãe que está física e emocionalmente debilitada neste momento. Em geral é quem tem os primeiros contatos com a equipe de atendimento, visita o bebê antes da mãe, decide sozinho a internação, transferência para o tratamento intensivo, a necessidade de alguma intervenção mais séria.

Além disso é quem leva informações para a mãe e

restante da família, relatando o que está acontecendo ou o que viu sobre o bebê.

E mais tarde, quando a mãe já pode ir até o bebê, deve acompanhá-la, compartilhar estas visitas onde a dor, a preocupação, as dúvidas são vividas em conjunto. O filho é originário e pertence a ambos, assim como a situação de alto risco.

O resultado da proximidade neste momento mostra claramente que naqueles casais que o pai traz o braço apoiado e apoiando os ombros da mãe já existe interação familiar que está a espera da melhora do bebê, para sua inserção neste processo.

Uma imagem semelhante é proposta por THIS (1980) só que em relação ao nascimento normal -

" a criança maternada e paternada conhece o prazer das tres cabeças reunidas (sua, da mãe e do pai), alento, palavras, beijos, tudo circula e se intercambia: dormirá rapidamente e seu sono será mais profundo, mais regular "
(p. 167).

Na impossibilidade de agora serem tres, é importante que os dois - pai e mãe, possam manter a proximidade como uma garantia de sua relação, até que ela possa receber o acréscimo do terceiro, através da alta do bebê.

Também é frequente a visita do pai sozinho, sem a mãe. Alguns comparecem diariamente ou até duas, três vezes ao hospital, dependendo do tipo de trabalho que desenvolvem. Entram, vestem o avental, lavam as mãos e permanecem muitas vezes apenas olhando o filho. Alguns se aproximando mais, outros sem conseguir, olhando de longe. Em algumas ocasiões foi possível ver dois ou três pais conversando, mostrando o bebê para os demais.

Estudos realizados em Israel por LEVY-SHIFF, SHARIR e MOLGINER (1989) mostram que através deste suporte que o pai oferece à mãe, é possível melhorar a interação, tanto da mãe para com o bebê, mas principalmente a sua pois desempenham e oferecem à criança experiências semelhantes às aquelas possibilitadas pela mãe.

Lembram ainda outras pesquisas (de MARTON, MINDE e PERROTTA, 1981) que sugerem que a enfermaria de prematuros homogeneiza o comportamento dos pais - não existem estereótipos sociais e ambos, o pai e a mãe tem iguais oportunidades de interagir. Os dois desenvolvem atividades semelhantes com seus filhos. Lembram que após a alta isto não continua pois a mãe assume mais especificamente os cuidados básicos como vestir, o tocar, e os pais o brincar e estimular.

É importante citar o que um pai colocou na entrevista ao se referir a primeira visita que fez a seu filho. Trata-se de

um técnico rural, de outra localidade, um tanto rígido em relação a aspectos de masculinidade, acostumado como ele diz a "só lidar com vaca, boi, sair com os amigos para beber". Veio ver o filho pela primeira vez, com sua mulher já que preferiu esperá-la melhorar. O bebê, um menino, veio acompanhado de uma tia que trabalha no hospital de sua localidade de origem. Diz ele:

"É difícil, muito difícil. Você pode ser o maior machão, se achar duro, o máximo. Mas quando chega aqui vê o teu filho deste jeito, você baqueia. Você chora e tem que chorar & vê que você não é nada daquilo que pensava".

Mesmo sem conseguir como sua mulher trocar fraldas, aproximar-se mais do bebê, conforme observei após a entrevista, não deixava a esposa sozinha. Ficava o tempo inteiro ao seu lado, andando para um lado e para outro, entre o Berçário Intermediário, o hall de entrada e o corredor, já que pouco acostumado a permanecer entre quatro paredes.

Mas apesar destas suas características, conseguiu entender, aceitar a depressão como algo necessário. Só assim, participando, vivendo junto com a mulher este momento, podia fazer planos para o futuro: "Penso em quando ele crescer, levar junto no campo, a cavalo, assim como faço com o mais velho".

Outros Membros Familiares

Neste estudo sobre o que acontece quando o bebê se encontra internado, existem outros membros da família que apesar de não poderem comparecer ao serviço para conhecerem o bebê, tem uma importância muito grande - os demais filhos e as avós, especialmente a materna. É desta última que inicialmente quero fazer alguns comentários.

Apesar de não presente fisicamente, ela é trazida através das verbalizações dos pais. Há uma queixa de porque ela não pode vir para ver o bebê, de como ela gostaria, é o pai que comenta que a sogra falou sobre um cházinho, sobre um outro caso que conhecia... É muitas delas vem até o hospital, acompanhando a mãe, como uma tentativa de poderem conseguir "dar um jeitinho" e verem o bebê. É mais, é com elas que a maioria das mães contam para ajudá-las no cuidado com os outros filhos ou mesmo com este quando levado para casa.

Ela é lembrada como alguém que tem experiência, que pode facilitar o cuidado do bebê. É como se ela fosse o prosseguimento de alguém especial, representando anteriormente pela equipe, para auxiliar o bebê.

Quanto ao demais filhos, o mais comum são os relatos sobre dificuldades com o seu manejo - está muito agressivo, a avó não sabe o que fazer, começou a fazer xixi na cama, buscou a chupeta... É a preocupação de mãe com eles: "Eu fico preocupada,

afinal ele está deixado de lado, não posso dar atenção a ele ". E outra mãe relata: "Meus outros dois filhos dizem que é mentira minha. Que eu não ganhei nenhum bebê, pois afinal eu digo que vou levá-lo e não é possível. Eles esperam e não acontece. Eles não conseguem acreditar porque não viram o irmãozinho".

Realmente é de se esperar que seja difícil para os irmãos acreditarem neste bebê. Nunca o viram e o que ouviram está provavelmente mais relacionado às suas dificuldades do que à sua viabilidade.

Com isto se introduz mais uma questão que exige dos pais, que já puderam ser entendidos como muito vulneráveis nesta situação, um manejo adequado, visando auxiliar seus outros filhos de fantasias comuns nesta situação.

É claro, portanto, que a mobilização familiar é intensa e deve ser avaliada em sua totalidade, pois além de tudo, muitas vezes os demais familiares são deslocados de seu ambiente para ser possível atender da melhor maneira possível dificuldades surgidas. A avó que sai de casa ou os netos que vão para a dela, a mãe que permanece mais no hospital que em casa, o pai que precisa trabalhar, ir ao hospital e ver os outros filhos ... Sem dúvida isto estabelece uma situação de risco, onde toda a família se encontra numa situação de crise necessitando de amparo, acompanhamento e cuidados.

Chamou a atenção que dificilmente a avó paterna é lembrada, e quando sua participação é mais intensa, as mães trazem muitas queixas ao Follow-up, criticando e reclamando de intromissões.

Outras personagens significativas tendo em vista as condições sociais e profissionais destas mães aparecem através de "patroas", já que um grande número delas são domésticas. Muitas destas senhoras assumem o papel da avó. Telefonam, pedem notícias, acompanham a situação do bebê. Inclusive acompanhei um caso em que a mãe vinha acompanhada por sua patroa, especialmente em períodos que apresentava maior ansiedade, sugerindo aí um certo cuidado como de uma mãe para sua filha e seu neto.

A Família no Follow-up

Para grande satisfação de quem sai da Unidade de Tratamento Intensivo e vai para o Follow-up, as famílias surgiam com seus bebês, na maioria das vezes, satisfeitas, descobrindo aspectos da criança, reconhecendo-a ao mesmo tempo em que vai se processando sua introdução afetiva no círculo familiar. Além de estarem mais próximos, poderem cuidá-lo, isto decorre do fato de que o risco inicial não está mais presente.

Um outro momento surgiu. Agora a vida está garantida e parte-se para o que e como fazer. Com isto a esperança é resgatada, pois apesar do bebê ter estado grave, sofrendo riscos, sobreviveu.

Enquanto observava, ficava pensando que neste momento os pais não estão avaliando ou preocupados com possíveis sequelas que tenham permanecido (desde que não graves). Eles querem viver a satisfação de estarem juntos e só aos poucos vão poder novamente entrar na roda-viva dos cuidados especiais.

Assim é, que no seu retorno ao hospital para o Follow-up, mais que um atendimento, é um recomeço - vão ter que a partir do conhecimento e das descobertas que fizeram de seu filho irem também detectando se "algo restou" de sua situação de alto risco.

A continuidade da observação, que foi extensa, permitiu que pensasse na existência de três grupos que são formados por estes pais e seus bebês a partir de suas características afetivas e das condições clínicas da criança.

O primeiro grupo é com um número maior de representantes é composto de bebês que vinham para o atendimento muito bem arrumados, com as roupinhas extremamente limpas, enfeitadas, haviam engordado, com um contato muito bom com suas mães.

Estas, ao desvestir o bebê para o exame ou arrumá-lo, conversavam com o filho, apresentavam contato olho-a-olho, sabiam informar o que se passava com o bebê. Mostravam preocupação e conseguiam entender o que se passava com a criança, sugerindo um relacionamento de confiança, e afetivo. Também mostravam-se gratificadas em relatar a rotina das crianças, suas aquisições. Pode-se também pensar no estabelecimento do vínculo afetivo ao comentarem - ele está chorando mas é de fome, está cansado pois não dormiu direito esta noite, está com fraldas ... Estes bebês correspondem ao primeiro grupo discutido sobre o bebê no Follow-up.

No segundo grupo existem outras famílias onde especialmente a mãe e o pai mostram-se ansiosas, temerosas ou irritados com seus bebês, reclamando do choro e dos cuidados intensos e constantes que ele exige, a realização de consultas,

exames ... Uma observação mais cuidadosa e conversas com estas pessoas mostra características de personalidade que são anteriores ao nascimento do bebê. Isto fica claro ao se referirem a outras situações de vida com queixas semelhantes ao que fazem os bebês. Mostram que sentimentos de desvalia, depressão, irritação e conflitos familiares já existiam antes do nascimento do bebê.

O terceiro grupo é representado por aqueles pais em cujas crianças permanecem sequelas significativas ou que possuem quadros importantes impedindo um desenvolvimento normal, como hidrocefalia, meningomielocelo, má formações, comprometimentos cardíacos, renais, ... Crianças onde há permanência de risco e que estão sujeitas a cirurgias, exames e acompanhamentos constantes, o desenvolvimento neuropsicológico apresenta atraso, há necessidade de terapias paralelas como fisioterapia, fonoaudiologia ... Nestes pais, a depressão, as dúvidas e as incertezas são companheiras constantes e não poderia ser de outra forma já que a sequela permanece e exige mudanças de planos, perspectivas, que não trarão um retorno e gratificação necessária e desejada.

Em geral, apesar disto, as crianças são muito bem cuidadas, do ponto de vista da puericultura.

Durante este trabalho não observei, com raríssimas exceções, sinais claros de abandono, com exceção de uma menina com paralisia grave, que relatei em outro momento no trabalho e outras duas com escabiose por falta de cuidados higiênicos.

Um outro aspecto significativo foi observado. Apesar do vínculo afetivo e da interação vir se processando entre o bebê e sua família, permanece nos pais um resíduo - um desassossego. Isto aparece em algumas circunstâncias - como por exemplo quando a médica pediatra sugere a necessidade de um novo exame que não esteja sendo realizado como rotina, aparecendo um temor de que "alguma coisa não vai bem". É como uma ferida que estava em processo de cicatrização, que é mexida e reabre, trazendo consigo todas as dúvidas e incertezas que estiveram presentes quando do nascimento e da constatação do alto risco.

Outra situação que demonstra muito bem este resíduo de sofrimento é a decisão de não terem mais filhos, mesmo em adultos jovens cujas dificuldades surgiram na primeira gravidez. Afirmam categoricamente que já sofreram demais. Que já basta, "chega, não queremos passar por isto tudo de novo".

A vinda para o Follow-up mostra concretamente uma diminuição da participação do pai no que se refere ao acompanhamento médico da criança. Ele não é mais tão necessário à mãe que já está reabilitada e toma conta do seu bebê.

Aqueles pais que acompanham a mãe ao atendimento, em geral não carregam o filho - esta é uma tarefa da mãe, mas a assessoram - trazem a bolsa com todo material necessário, alcançam a fralda, mamadeira, chupeta, etc... Mostram assim uma intimidade

com tudo que pertence ao filho. Deixam a mãe falar, intervêm apenas ao serem solicitados ou para complementarem alguma informação.

Em algumas ocasiões por impossibilidade materna, apenas o pai vem trazendo a criança. Aí sim, desempenham todas funções que se considera como da mãe, não só no tocante a troca de roupa, limpeza, mas também quanto a consolabilidade, a comunicação com o filho, entendem suas queixas que surgem pelo choro, respondem a elas, colocam os lacinhos nas meninas, fazem arrotar após a mamadeira, mostrando desta forma sua familiaridade e participação no cuidado diário com estes bebês.

Sem dúvida, compartilham. Não apenas com o bebê mas também com a mãe ausente naquele momento. Naqueles casos em que há um comprometimento maior do bebê fico pensando o quanto isto possibilita a família seguir seu caminho apesar das dificuldades que encontra. Onde a presença de um e de outro confirma o companheirismo. Há uma troca afetiva e interativa muito forte neste casal pois só isto torna possível que eles estejam juntos nesta ocasião.

Vejamos um caso - L. é uma mulher muito ansiosa. Esta sua primeira filha nasceu prematura e com baixo peso. Na primeira consulta ao Follow-up surpreendeu a todos quando começou a chorar intensamente após saber do aumento de peso de seu bebê. Abraçou-se na médica e não conseguia dizer nada, desconcertando a todos com

tal atitude que inicialmente não pode ser entendida. Por várias semanas L. apareceu quase que diariamente ao hospital, questionando e perguntando aos médicos sobre qualquer coisa que ocorria com sua filha.

Numa reconsulta veio acompanhada do marido. Uma pessoa extremamente retraída, quase escondendo-se atrás da sacola com roupas do bebê. L. chegou, sentou-se para conversar com a médica (o que nunca ocorria já que permanecia sempre em pé nas consultas) e começou a contar como o bebê estava. A médica logo lhe interrompe e diz: "AH! quer dizer que quando o marido vem junto as coisas ficam diferentes. Fica calma, fala direitinho..." Ao que ela apenas sorriu.

Apesar do pai não ter dito nada, estava presente, participando como seu parceiro nos cuidados e criação deste filho. Fica claro assim uma tarefa destes pais - a de acompanhar e dar à mãe o suporte necessário. É o braço no ombro que transmite sossego, amparo, proximidade.

As Entrevistas Familiares

Tendo a preocupação de conhecer melhor o significado que tem para a família a situação de alto risco em que se viram envolvidas quando do nascimento de seus filhos, realizei entrevistas com familiares de algumas crianças observadas neste estudo. Ao todo foram dez entrevistas durante a internação e 15 com familiares que vinham trazendo seus filhos para atendimento no Follow-up.

As entrevistas durante a internação foram marcadas por sentimentos muito intensos pois muitas vezes ocorreram ao lado da incubadora, na presença do bebê em estado grave.

Naquelas realizadas após a alta hospitalar, quando do retorno para o seguimento em ambulatório, isto não era tão intenso, com exceção naquelas mães extremamente ansiosas, não apenas pela situação da criança mas principalmente por características individuais. Por outro lado sentimentos depressivos sempre surgiram quando relatavam o período em que permaneceram longe do bebê. Nos pais onde as crianças permaneceram com sequelas isto é constante.

A entrevista clínica pretendeu acompanhar e estimular todos os assuntos que os pais trouxessem referentes ao ocorrido com seus bebês, com eles e o atendimento a partir do nascimento.

Para tanto, iniciava pedindo que contassem a história deste filho a partir da gravidez, parto e internação.

Alguns familiares que entrevistei durante a internação e que encontrei mais tarde no Follow-up, no hospital ou mesmo fora dele, mostraram uma certa ligação afetiva, inclusive contando novidades sobre o filho e até convidando para uma visita familiar.

Ficou claro para mim, que estavam gratos por alguém os ter escutado, e não apenas os ter informado sobre as condições do bebê. Em algum momento puderam conversar sobre seus sentimentos, deram a sua versão de toda história que estavam vivendo, mas que até então não haviam tido possibilidade de contar.

Este cuidado com a família, neste momento, é pouco frequente pois a prioridade, volto a dizer, é o atendimento clínico do bebê.

É uma das propostas que tenho a partir destas entrevistas - que exista um lugar para estes pais trazerem suas inquietações, partilharem fantasias e sentimentos frente a situação. É necessário um contato individualizado, não apenas para responder dúvidas, dar informações ou recomendações, mas um momento para escutá-los.

Outro aspecto muito significativo é o reconhecimento por parte de todas as famílias sobre o atendimento que as crianças

receberam durante a internação. Através de suas verbalizações, os pais mostram um profundo respeito e agradecimento à equipe que cuidou de seus filhos, enquanto eles não estavam capacitados a fazê-lo.

Em relação aos dados obtidos, realizei um apanhado generalizado sobre o material buscando aqueles pontos comuns entre os vários entrevistados, não me preocupando com a individualização de cada caso. Permaneci assim dentro do enfoque proposto quanto a conhecer a situação e não cada uma destas crianças e suas famílias.

Com isto, são os seguintes os dados levantados:

Sobre a gravidez:

Setenta por cento dos casos mostram que a gravidez desta criança não foi planejada e independentemente de minha pergunta, logo informavam que apesar disto não haviam realizado qualquer tentativa de aborto. As intercorrências durante a gestação apontam especialmente dificuldades de saúde da mãe como hipertensão, hemorragias e dificuldades familiares.

Sobre o parto:

As histórias trazidas em relação ao parto não mostram aspectos comuns ocorrendo ou de forma normal ou cesariana. Também não relatam intercorrências mais significativas a não ser fatores intervenientes na gravidez que configuram sua situação de alto

risco. Quanto a aspectos emocionais surgiram alguns relatos sobre extrema ansiedade em virtude de comentários de alguma auxiliar de enfermagem ou de outra gestante.

Sobre a internação do bebê:

O tempo de internação destas crianças variou de poucos dias até dois meses. A primeira visita em geral foi realizada pelo pai, sozinho e posteriormente pela mãe. Na maioria dos casos ocorreu no primeiro dia de nascimento da criança. Apenas em um caso destes entrevistados a mãe apenas compareceu após 20 dias em virtude de complicações clínicas no pós-parto. As visitas em geral foram diárias, havendo o agravante da falta de condições financeiras para o comparecimento diário em alguns casos.

As preocupações surgidas durante este período referem-se a sentimentos surgidos pela observação dos cuidados mais invasivos e agressivos e temores frente a possibilidade de problemas futuros.

Sobre o diagnóstico:

Os pais mostram algumas condições de explicar o que ocorreu com o filho. Todos receberam estas informações pelo pediatra que acompanhava a criança. Pode ser observado que apesar do conhecimento do diagnóstico não havia uma compreensão das causas, sequelas, que permitissem uma compreensão mais global do que havia ocorrido com o bebê. Em alguns momentos dão a impressão de conhecerem de um modo um tanto superficial a história clínica

do bebê, sendo que justificam que não conseguem entender tudo que o doutor falou.

Sobre a ida para casa:

Os cuidados básicos das crianças ao serem levadas para casa, são desenvolvidos especialmente pelas mães. O auxílio existente em geral ocorre através da avó materna ou de alguma outra parente mais velha, do lado materno da família.

Naquelas crianças que permanecem pouco tempo internadas, em geral ocorre o aleitamento materno confirmando que as mães recebem bem as orientações quanto a amamentação. A mamadeira é utilizada naqueles casos em que realmente o aleitamento natural é difícil por impossibilidade ou falta de condições no bebê para sugar, permanência muito longa na internação.

Sobre preocupações atuais em função da internação anterior:

A maioria dos pais não relata preocupações diferentes do que tem com os outros filhos que não passaram pela situação de internação. Os relatos que sugerem maiores preocupações são aqueles onde realmente existem motivos pela permanência de danos no bebê. Existem motivos reais para que estas estejam presentes. São poucos os pais que temem dificuldades futuras em função do alto risco que passaram seus filhos.

O mais significativo destas entrevistas é que elas

confirmaram através do relato verbal o que vinha observando através da conduta dos pais junto aos filhos e a equipe de atendimento. Confirmei não apenas a validade da metodologia da observação mas especialmente aumentei a confiança nos dados que vinha encontrando e relatando. Com isto, estes dados serviram muito mais para minha tranquilidade do que para fonte de outras informações diferentes daquelas já encontradas.

CAPITULO V

A EQUIPE DE ATENDIMENTO . NOVOS PARCEIROS NA HISTÓRIA DESTE BEBÊ.

O atendimento que necessita o recém nascido de alto-risco, confirma a gravidade de sua situação clínica e exige a equipe médica e de enfermagem como novos parceiros neste percurso inicial de sua vida.

A tarefa que cabe a estes profissionais que se debruçam sobre as incubadoras por horas e horas durante o dia ou a noite, caracteriza-se como desgastante tendo em vista a sofisticação que implica o (re) conhecimento das necessidades deste bebê. E por levar a um envolvimento afetivo intenso, considero que estas pessoas também se encontram em situação de alto risco. O mesmo diz MIRTA VIDELA (1987) sugerindo inclusive intervenções psicológicas na equipe interdisciplinar que atende esta criança.

Chego assim aos demais parceiros neste jogo interativo. O médico neonatologista, a enfermeira e a auxiliar de enfermagem (*) que devem facilitar, como cuidadores maiores desta criança, seu

(*) chama a atenção o número maior de mulheres atendendo o RN de AR. A grande maioria são médicas, tanto do staff como residentes. Por outro lado, a enfermagem é toda composta por mulheres.

novo "nascimento", possibilitando que o mais rapidamente possível possam encontrar o caminho do desenvolvimento normal.

Tarefa insana, difícil e que exige em alguns momentos quase o impossível, tendo em vista as grandes dificuldades em que se encontram estas crianças.

Durante a realização deste estudo, foi possível observar comportamento significativo na equipe em vários momentos da permanência destas crianças na internação ou no follow-up. Também são claros aspectos individuais na execução das atividades. Não cabe aqui a discussão de aspectos pessoais e particulares de cada membro desta grande equipe, porém estes estão presentes a cada instante, interferindo na forma de ocorrerem estes cuidados intensivos e serão lembrados principalmente ao facilitarem a compreensão de algumas situações.

V.1 - O Médico Neonatologista - o Primeiro Cuidador.

Busquei no próprio profissional em Neonatologia sua percepção do que implica esta especialização. Diz AVERY (1978):

"Pode ser que o papel do neonatologista se torne o de supervisor do pessoal paramédico mas o neonatologista não pode se tornar um supervisor ou um líder de grupo, sem desenvolver um entendimento profundo de relações familiares. A tecnologia deve complementar e não substituir a orientação a mães e pais." (p. 8)

Um dos pontos da eficácia do atendimento, além da sobrevivência do bebê, o trabalho com a família representa para o médico uma das mais difíceis tarefas a serem desenvolvidas. Especialmente:

- pela situação crítica em que se encontra o bebê,
- pela impossibilidade de prever o que vai acontecer com esta criança,
- pela preocupação quanto a qualidade de vida futura deste ser em formação, o que faz investir maciçamente toda sua energia no bebê, fragilizando sua relação maior com a família,
- pelo temor frente a possibilidade de perda (morte real) ou incapacitação deste recém-nascido já que conhece os riscos que existem para esta criança,
- pela tentativa familiar de negar e/ou projetar na equipe a depressão familiar e a ambivalência afetiva frente a situação.

Assim sendo, o neonatologista sentindo-se sobrecarregado, passa a adotar uma conduta mais distante da família, pouco informando sobre o que vem ocorrendo com o bebê.

Seu envolvimento com relação ao atendimento, o leva a um certo "ensimesmamento" no que se refere a troca de informações com o pai e com a mãe. Assume um papel de cuidador daqueles aspectos que se encontram mais defasados ou que determinam o descompasso dos aspectos biológicos e fisiológicos deste bebê, que o impedem de compartilhar da vida familiar e social. Pretende "aprontá-lo" para seus pais servindo como um tutor até as condições de ambos.

aproximarem-se num mesmo tempo. Utiliza então todos recursos que tem à mão, do ponto de vista tecnológico e medicamentoso, assumindo nesta ocasião, o papel daquele que detem o saber e a verdade em relação a esta criança.

Estes fatores aliados a um "desconhecimento" de seu pequeno paciente, que passaremos a discutir agora, é um dos responsáveis pelo fator de risco na execução de suas atividades profissionais.

Tentando acompanhar melhor estas idéias, irei discutir as diversas fases do atendimento deste bebê - a chegada do recém-nascido ao atendimento intensivo, a manutenção do atendimento e a alta hospitalar.

A CHEGADA DO RECEM-NASCIDO DE ALTO RISCO PARA ATENDIMENTO INTENSIVO

Quando nascido no próprio hospital e necessitando do atendimento intensivo, o Berçário de Alto Risco é informado e iniciam-se os preparativos para a chegada do bebê. Há, no ambiente, um comportamento de expectativa, uma "espera" por este bebê. O pai de uma criança hospitalizada que presenciou a espera de um bebê de AR relatou: "Nunca imaginei que pudesse ver o que assisti. A preparação que fizeram para aguardar o bebê que estava nascendo foi incrível. Estava uma equipe inteira à disposição, em prontidão. Não parecia que estava no Brasil. Com incubadora, monitores, tudo pronto."

O mesmo acontece quando o bebê é transferido de outro hospital. A preparação para sua chegada é a mesma, com exceção de que já vem com uma pequena história e já foram feitas algumas indicações terapêuticas. O que não dispensa a realização de todo um novo rastreamento para confirmação ou elucidação diagnóstica.

A avaliação inicial começa na própria sala de parto, bem como toda monitorização desta criança. Porém, é quando chega ao Berçário de Alto Risco que as várias pessoas da equipe dedicam-se a desenvolver aspectos básicos como colocação da criança em posição adequada, sonda, exames, acompanhamento de sinais vitais, reflexos....

É neste momento que o médico residente vai iniciando seu conhecimento sobre o bebê. E ao assumir a responsabilidade de cuidá-lo, o leva a criar uma nova incubadora ao seu redor e do bebê. Ao colocá-lo sob seus cuidados, assume também uma função de incubadora, levando o relacionamento com o bebê e com a família mostrar profundas diferenças:

- com o bebê uma dedicação minuciosa, criteriosa, atenta a detalhes deste pequenino corpo,

- com os pais, mais distante, respondendo as perguntas que lhe são feitas através de rápidas e breves informações, sem facilitar uma necessária aproximação.

Esta maneira de agir, provavelmente tem origem no fato de estar trabalhando num limite muito próximo entre a vida e a

morte. E mais - há uma enorme responsabilidade quanto a qualidade de vida desta criança, pois a adoção de algumas medidas implica em prevenção de sequelas significativas em relação ao desenvolvimento do bebê.

E ao receber o bebê para "cuidá-lo", recebe também uma tarefa que ditará padrões de avaliação de sua capacidade profissional.

Alia-se a isto a impossibilidade de conhecer como esta criança irá reagir, a terapêutica, fazendo com que ela seja constantemente uma incógnita. A linguagem e a comunicação nesta faixa etária é especialmente corporal. Neste caso, o corporal está comprometido. É preciso esperar o tempo passar para que apareçam sinais que possam ser entendidos com seus significados em relação a dor, desconforto e desprazer.

As respostas do bebê são muito inespecíficas - é a temperatura que volta ao normal, é a respiração ou o batimento cardíaco que se tornam mais regulares. Mas não há um olhar, um sorriso que venha despertar/facilitar seu envolvimento com esta criança apesar de seu quadro clínico.

Este "desconhecimento" sobre os recursos e possibilidades do bebê, não é facilmente aceito pela dupla parental que ansiosa frente ao que vem vivendo, espera respostas às suas dúvidas, através do médico responsável pelo filho.

E junto com esta necessidade de entender o que se passa com seu filho, há também o medo de confirmação daquelas fantasias mais graves em relação à criança. Assim, muitos pais não conseguem se aproximar do médico. Ao mesmo tempo que parecem não estarem preocupados, até "atrasados social e culturalmente" vem defendendo-se de sua depressão e reforçam a conduta médica em não "trocarem informações."

Cria-se assim um sistema fechado, onde a conduta de um dos parceiros determina o fortalecimento das dificuldades do outro, tornando mais difícil um contato próximo entre a família - o bebê - a equipe o que facilitaria seu atendimento.

Esta prática de "pouco discutir o assunto" e ao fazerem apenas referirem-se a doença, aos sintomas, retirando da criança sua característica de "indivíduo", passando a ser "tal quadro orgânico", protege o médico, fazendo com que seu sofrimento, em função de sua identificação com o bebê seja minorado.

Especialmente no caso dos residentes, que também estão em busca de sua identidade (como este bebê), que ainda estão em seu processo de desenvolvimento e formação (como este bebê), da não confirmação por parte do paciente de que de atendimento vem tendo sucesso.

Por outro lado, o desconhecimento maior deste bebê, de suas possibilidades e a preocupação em não determinar um prognóstico para a família que neste momento de maior

sensibilidade, está (re) formulando sua conceituação, sua percepção e expectativas em relação a este bebê real, faz com que não sejam oferecidas todas informações como uma forma de proteger a família e os laços que a unem a este bebê.

Para KLAUS e KENNEL (1982) cabe, ao neonatologista proteger esta ligação inicial, que pode ser auxiliado por informações reais, mas que não impliquem em motivo para esta família afastar-se de seu bebê (como por exemplo informar que provavelmente é uma criança sem recursos básicos para seu desenvolvimento intelectual ou mesmo que sua sobrevivência é limitada, (...). Conforme estes autores, ao neonatologista cabe informar os pais através de um questionamento o que vem acontecendo com o bebê. Com isto oferece à própria família condições de avaliação de seu filho, facilitando sua função de pais por conseguirem reconhecer aspectos particulares desta criança. Isto ocorre então de forma gradativa e de acordo com a possibilidade de cada casal ir entendendo e internalizando estas informações.

MARTIN RICHARDS (1986) tenta traduzir através das palavras de BOGDAN et al (1982) - "seja honesto mas não cruel", uma fórmula para serem dadas as informações para as famílias. Porém, isto exige a compreensão de fatores psicossociais dos indivíduos que muitas vezes não é a realidade da formação e da prioridade médica e do neonatologista. O que pode ser "crueldade" para alguém, necessariamente não é para outro que teria condições de se aproximar o mais perto possível da realidade em que se encontra o filho.

É difícil estabelecer regras. Especialmente tendo em vista tratar-se de uma ocasião onde nem o pai e nem a mãe tiveram qualquer possibilidade de dedicarem-se pelo menos um pouco a cuidar e conhecer seu filho. As tarefas que se propunham a executar são assumidas pela equipe pois neste momento não estão em condições de cuidá-lo. Então, como conhecê-lo, como avaliá-lo?

O ATENDIMENTO CUIDADOSO DO RECEM-NASCIDO DE ALTO RISCO

A partir da realização do diagnóstico, cabe um sem número de intervenções, sempre tendo em vista a gravidade do bebê e suas capacidades em responder ao atendimento.

Começam aqui as preocupações quanto ao que lhe ocorre no dia-a-dia:

- aumentou de peso? está com as funções de eliminação normais? corre o risco de infecção (o grande temor de qualquer neonatologista)? vem aceitando bem a alimentação? está apresentando apnéias ou paradas cardíacas com freqüência?

Neste momento o controle da situação de risco e caminho para "desadoecer" é monitorado, acompanhado em detalhes que condizem ao tamanho do bebê. O surgimento de novas dificuldades, a necessidade de cirurgias, é vivenciado pelo médico não apenas como uma ocorrência adversa, mas como um dado a mais para o conhecimento da situação da criança, a percepção mais clara do que vem ocorrendo e a possibilidade de "fazer mais alguma coisa" pelo

bebê que está sob seus cuidados.

Lembro muito a preocupação em deixar um bebê em condições para uma cirurgia cardíaca. Enquanto para o leigo isto é visto como uma nova situação de risco (anestesia, pós-operatório...) representa "algo mais para ser feito em auxílio deste bebê."

Assim foi com M.(*) uma menina que nasceu prematura, com comprometimento cardíaco, baixo peso, e que apresentou infecção de difícil controle permanecendo por muito tempo (cerca de dois meses) hospitalizada.

A médica residente mostrava um grande cuidado com a menina e conseguia valorizar muito a mãe. Quando soube que M iria para cirurgia cardíaca, explicou-me a correção que seria feita, sem sugerir nenhuma preocupação. Disse ela - "fazendo a cirurgia é só esperar a recuperação e ela está de alta - vai para casa".

Sua tarefa de colocar esta criança em condições clínicas para a cirurgia e posteriormente entregá-la para a mãe estava cumprida. Ela havia feito ALGO para esta criança e o fato dela sofrer uma intervenção cirúrgica não era visto através de conjunto de medidas invasivas e agressivas que necessariamente a acompanham.

(*) caso já relatado anteriormente.

Reside aqui um dos pontos centrais do atendimento em Neonatologia - a manutenção do atendimento destas crianças até seu mais completo restabelecimento necessariamente passa por condutas que se podem chamar de agressivas. O que existe para a equipe toda, não é esta realidade que é vista por um observador. Ele ESTÁ FAZENDO ALGO para que o limite entre a sobrevivência ou morte não seja mais o caminho percorrido - e sim o caminho do restabelecimento - do desadoecer.

E este seu dia-a-dia com a retirada da criança da situação de alto risco significa que ele, como profissional, venceu - possibilitou a vida. E dependendo de como cada uma destas crianças conduzirá seus recursos, criará padrões para sua identidade profissional e portanto também pessoal.

E também durante este período de evolução do recém-nascido de alto risco, que lhe é exigida uma "paciência" e uma crença maior nesta criança, pois por mais adequado que possam lhe parecer suas decisões é o bebê que determinará a resposta. São cúmplices, ao mesmo tempo em que cada um pode sentir o outro como grande desafiador. O bebê também pode intervir e agredir - não fisicamente, mas especialmente quanto à aspectos pessoais do neonatologista, levando ao stress, ao desânimo, a depressão.

Com isto fica claro que a equipe também se encontra em situação de risco.

Tais fatos dão início a uma série de condutas, como por exemplo negação. No início da observação ocorreram vários óbitos no Berçário de Alto Risco. Perguntando onde estava um recém-nascido FIG (pequeno para idade gestacional) que havia observado na tarde anterior várias auxiliares pararam, ficaram olhando e disseram: "Não sei." Mais tarde, voltando a questionar uma médica, esta disse: "Qual? Aquele que estava ali? Parou." Imediatamente compreendi que o "parou" referia-se a sua morte por parada cardíaca.

Palavra esta - morte - que praticamente não é usada no Berçário de Alto Risco. Especialmente nesta época que ocorreram com mais frequência (Anexo 4, Diário de Campo C).

A depressão frente a impossibilidade de impedir, de FAZER ALGO que salve o bebê, implica que toda a equipe sintasse incapaz de desenvolver suas atividades.

A ALTA DO RECIEM-NASCIDO DE ALTO RISCO

A realização pelo trabalho. A satisfação por ver a criança junto a sua família. Surge a idéia de que ela tem "um nome", é uma "pessoinha" em sua individualidade, com suas características, com seu "jeito de ser". Já pode iniciar sua interação como um parceiro.

Surgem as dúvidas e as recomendações quanto aos cuidados

que as famílias terão. As fantasias de que a criança não receberá dos pais os cuidados que necessita.

Pois esta obra que teve início no primeiro momento em que se debruçou sobre o corpinho frágil, desvalido, significa que criou - possibilitou a vida. E como passar para outro a responsabilidade de continuar esta tarefa?

É um momento estranho a alta do bebê. Existe a ansiedade dos pais quanto às suas condições - a ambivalência quanto a levarem ou não este bebê para casa, pois ainda é um pouco desconhecido. E a ambivalência do neonatologista em saber se realmente já chegou esta hora.

Em alguns casos é comum combinarem uma data com os pais e ao chegar este momento, dizem que não vai ser mais possível. É preciso mais um exame, é preciso mais 100 grs. de peso... Não quer dizer que isto não seja real. Ocorre muitas vezes uma previsão que não se confirma na realidade. Mas não se pode negar que existem dúvidas para o médico de como esta criança irá ser cuidada em casa. E mais, há alguns casos em que as crianças retornam à hospitalização com pouco tempo de alta. Muitas vezes em virtude de novas complicações, mas também por falta de cuidados adequados. E quando a equipe conversa sobre alta, estas histórias sempre surgem...

Por outro lado, existe o fator social. Muitas destas famílias são de baixa renda, vivem em condições precárias a nível

social e ambiental fornecendo um dado real para existirem estas preocupações.

Como o caso de uma residente responsável por um bebê cuja mãe tinha problemas financeiros para comparecer ao hospital. A médica passou a levar a roupinha do bebê para sua casa, de onde a trazia limpa já que ele permaneceu muito tempo no Berçário Intermediário para aquisição de peso. Quando este bebê teve alta a médica informou para a mãe que deveria retornar em uma semana para revisão (o que é de rotina e necessário) e forneceu-lhe dinheiro para a passagem, para que ela não faltasse .

Como entender este comportamento sem também entender todo seu envolvimento com a tarefa que havia se proposto e conseguido executar? Como entender senão através de condutas que tentaram de várias formas garantir que NADA atrapalharia a continuidade e a qualidade de vida deste bebê, de quem ela fora a "cuidadora"?

Por outro lado como entender as vezes que estes pais retornam ao hospital e que procuram o médico que atendeu seu filho, mostrando sua capacidade de cuidá-los, mostrando que puderam entender uma preocupação que não foi verbalizada mas esteve presente nos últimos momentos de permanência com o bebê no hospital? O agradecimento vem acompanhado da satisfação de também terem conseguido.

Mas para quem procura entender o que acontece nesta

situação com os bebês e seus parceiros, o que reafirma a questão de Alto Risco da equipe é que há pouco tempo para este profissional entender e viver todas estas situações, pois ele logo está se preparando para a chegada de um novo bebê, também pequenino, precisando de seus cuidados e toda sua atenção. E a História é retomada, se perpetuando no dia-a-dia deste atendimento.

V.2 - A enfermagem, Proximidade e Modelo para a Família.

Enquanto o médico assume a condução de toda terapêutica destes bebês, à enfermagem cabe executá-la e mais ainda - cabe criar com este bebê e sua família uma proximidade que transponha o desconhecido por não ser o bebê dos sonhos e fantasias familiares, desconhecido em seu diagnóstico e prognóstico.

Novamente vamos buscar em KLAUS E KENNEL (citados por Brazelton, 1988) um reforço para esta idéia.

"O trabalho de Klaus e Kennel mostrou que a enfermeira que trabalha em um berçário de Alto Risco deve ter um duplo objetivo, não somente ajudar o frágil bebê a sobreviver, mas também desenvolver empatia por seus pais, ajudá-los a criar laços com seus filhos. Nessas enfermeiras de Alto Risco são tanto assistentes sociais para os pais, como enfermeiras para com os bebês." (p. 79)

Por outro lado, a observação mostrou que são elas as grandes representantes do aspecto "cuidados básicos de maternagem" (*). Na medida do possível desenvolvem com estas crianças ao mudar

sondas, ao alimentar, ao pegar no colo, ao levar para exames em outra sala do hospital, uma espécie de "holding" (**). O que é difícil, tendo em vista a precariedade da criança em sua situação clínica, que determina barreiras muito fortes para a aproximação física. Além disto, há um número muito grande de bebês e tarefas a serem executadas, o que impede dedicação mais afetiva nos cuidados de cada um dos bebês.

Deve ser lembrado também que esta proximidade muitas vezes atrapalha e confunde sua função. MIRTA VIDELA (1987) diz:

"A enfermeira pediátrica pode viver as crianças como se fossem seus próprios filhos. Isto varia em níveis de uma fantasia, ilusão ou em ocasiões quase idéias delirantes. Não só chamam aos pacientes "minha criança" ou "meu filhinho" senão que podem entrar em franca rivalidade com a mãe, desvalorizando a sua função ou às vezes acusando-a de negligência, como causa do agravamento de seu bebê." (p. 107)

Para esta autora, isto é decorrência especialmente de características pessoais destas mulheres, de sua própria história e que determina como será o tipo de cuidados que cada uma delas oferece a cada bebê.

(*) No sentido que WINNICOTT dá a estes termos - o "segurar", o fornecer para estas crianças um apoio que possa contê-las em sua desvalia.

(**) id. - cuidado materno de oferecer amparo, apoiar o bebê, representado inclusive pelo pegar o bebê ao colo.

Concordo com tal afirmação, em alguns casos destas auxiliares, mas questiono um pouco sobre o fator rivalidade com a mãe. Pelo menos durante a observação, isto não pareceu estar presente. Não foi visto competição com a mãe, mas sim tentativas para que ela assumisse seu filho. Insistências para que se aproximasse de seu bebê, procurando diminuir seus temores quanto a machucá-lo, incomodá-lo. Uma preocupação de independizar esta mãe de sua orientação, não aceitando passividade e falta de comunicação com seu bebê. A idéia de lembrar à mãe seu papel, está sempre muito presente, mais no Berçário Intermediário onde há possibilidade de contato físico maior com a criança.

Assim, há uma aceitação maior da passividade/depressão da mãe no BAR - entende-se a impossibilidade de ser diferente. E na verdade, neste momento, a prioridade máxima é salvar a vida do bebê.

Esta quase lei (ou lei mesmo) tem que ser deixada muito clara e ela está presente em todo funcionamento da Neonatologia Intensiva. Nada pode impedir ou dificultar o atendimento intensivo que visa basicamente retirar a criança do risco. Assim se explica o "mínimo manuseio possível", que bate de frente com toda uma idéia de cuidados do recém-nascido - não é possível, não é viável - o "holding" o "handling" (*) e a "preocupação materna primária"(*). Estas são formulações que neste momento se

(*) cf. WINNICOTT, aspectos básicos do cuidado do bebê pela mãe.

caracterizam como teóricas, sem possibilidade de execução prática. Não há como brigar, nem discutir. Isto é o real. E a enfermagem parece ter bem presente esta idéia. Mesmo sentindo-se dividida, já que é no limite entre o que é possível quanto aos cuidados ou não que ela caminha, a imposição do necessário é maior.

As famílias que permanecem mais tempo na Unidade de Tratamento Intensivo, observam as tarefas que são desenvolvidas pela enfermagem e as tomam como modelo. Assim, a tranqüilidade na execução de cada um de seus movimentos é acompanhado pelo olhar curioso da mãe e do pai. Enquanto isto ocorre, torna-se possível diminuir medos e temores quanto a extrema vulnerabilidade de seus filhos.

É lugar comum que a experiência, o tempo que se está numa mesma atividade ocasiona uma maior intimidade com esta. Assim, a colocação de um catéter, a coleta de sangue, exige uma habilidade que vai sendo formada pela realização desta mesma atividade sistematicamente, incontáveis vezes. A possibilidade da mãe assistir a isto, mostra que o atender e cuidar desta criança não representa uma dificuldade tão grande que venha ser impossível realizá-la. O mesmo não é vivenciado por aquela mãe que de longe vê e escuta seu bebê chorando porque alguém mais inexperiente repete infindáveis vezes a tentativa de "pegar uma veia" ou fica apertando o pezinho do bebê para colher sangue até deixá-lo edemaciado.

O que quero deixar claro é que mais do que falar para estas mães, a enfermagem mostra que é possível cuidar dos bebês. E como diz BRAZELTON (1988):

"Olhar uma enfermeira experiente colocando uma linha intravenosa ou instalar uma sonda nasogástrica é como observar um experiente relojoeiro em pleno trabalho. A delicadeza, a engenhosidade que é exigida pelo lado técnico necessário à sobrevivência do bebê, dá, a uma pessoa, a sensação incomoda de quão tênue é a situação do bebê no momento." (p. 76)

Neste momento estão sendo a mão que apoia e conduz a família a penetrar num mundo novo representado pelos cuidados do bebê de Alto Risco. São, sem dúvida, as condutoras da família até esta tarefa.

E isto é acrescido de mais uma outra situação, talvez das mais significativas - em sua caracterização como modelos, a proximidade social com esta população é extremamente importante. Ou seja, muitas das auxiliares e das mães destes bebês apresentam similaridade em aspectos sócio/econômico/culturais, o que provavelmente diminui fatores inibitórios quanto ao esclarecimento de dúvidas, questionamentos. Ou seja, muitas vezes é mais fácil questionar a auxiliar sobre o que está se passando com seu bebê, o que representam todos estes aparelhos, do que fazê-lo ao médico.

Outro aspecto da proximidade é que elas permanecem por um tempo maior junto a cada criança - elas manuseiam mais intensamente estes bebês que qualquer outra pessoa, seja da equipe ou da família. Não permanecem com as "mãos vazias" como os pais.

Elas devem pesar, limpar, mudar a posição, raspar a cabecinha, alimentar os bebês, e vão descobrindo assim as características de cada um deles. Sabem quem demora mais para sugar, quem tem a veia mais difícil quem não pára quieto para colocar o saco coletor de urina, quem está toda hora se mexendo e disparando o monitor... Ou seja, apesar de todas características surgirem através dos cuidados em função da doença, vão formando uma imagem do bebê. E talvez daí mais facilmente chamá-los de "meu filho"... de terem mais informação para as famílias que vão além das explicações quanto a gravidade do quadro, resultado de exames, etc...

CAPITULO VI

DISCUSSÕES

Retomando toda a aprendizagem ocorrida neste estudo sobre o processo de desenvolvimento afetivo na situação de alto risco em Neonatologia, sinto uma grande satisfação em afirmar que algumas das maiores descobertas só foram possíveis em função da metodologia proposta.

Ao iniciar a pesquisa, este foi o grande questionamento das várias pessoas com quem discutia minha proposta. Agora tenho claro que escolhi um bom caminho, que me forçou a adotar uma postura de desconhecimento do objeto de estudo, não havendo nenhum instrumento além da minha curiosidade e minha percepção determinando um recorte ou delimitação de fronteiras para a observação.

Esta tentativa de não me prender a um conhecimento clínico e teórico anterior e deixar que os acontecimentos me ensinassem, determinou uma maior riqueza para minha aprendizagem, ao mesmo tempo que foi grande mobilizadora de ansiedade pois não possuía mais balizas para a estruturação teórica deste meu estudo, apenas referências para controle destas percepções.

Por outro lado, esta metodologia aliada ao tema deste estudo, introduz incansavelmente novas questões que pode levar a uma busca infundável por tratar-se de um processo dinâmico e intenso da vida de várias pessoas.

Assim é que proponho para discussão apenas alguns aspectos que pude apreender e que relatei anteriormente no corpo deste trabalho. Pretendo durante a formulação destas idéias que surgiram num contato muito intenso com todos os representantes de meu objeto de estudo, comentar aspectos básicos do desenvolvimento interativo nestes bebês e seus parceiros através:

- da compreensão da situação e do processo que se desenvolve entre os vários personagens desta história.

- da discussão de aspectos práticos quanto a intervenções e orientações possíveis de serem adotadas como auxílio no desenvolvimento deste processo.

A COMPREENSAO DA SITUAÇÃO DE ALTO RISCO

A situação de alto risco em Neonatologia compreende muito mais do que a pouca possibilidade de sobrevivência destas crianças ou sua necessidade de atendimento intensivo. Ela envolve todos aqueles fatores que em algum momento determinam condutas ou sentimentos nas diversas pessoas que se encontram ao redor do recém-nascido de alto risco, acionando um estímulo num dado participante deste processo, mas que determinará diferentes respostas nas várias pessoas que nele se encontram.

Assim é, que a observação deixou claro, que a partir do nascimento do bebê de alto risco, imediatamente surgem na família respostas a esta situação não planejada levando a modificações estruturais na forma de cada um de seus membros reagirem e se comportarem frente a esta ocorrência. Com a equipe de atendimento, a precariedade orgânica desta criança e a imposição de tomarem conta e assumirem seus cuidados até poderem reuni-lo à família, determina o surgimento de condutas terapêuticas específicas dentro desta situação, que não avaliam seus resultados totais.

Não posso, tendo em vista as necessidades do bebê, questionar estas condutas, o que fazer com o bebê. Mas questiono o como fazer. Tentando deixar mais claro, o princípio básico do atendimento desta criança reside na tentativa de fazê-la desadoecer com a conseqüente retirada da situação de alto risco. Para tanto são necessárias condutas em relação ao corpo do bebê que em nenhum momento estou em condições de discutir - elas são necessárias.

A proposta que trago para discutir é que isto ocorra a partir de uma premissa básica - o estabelecimento e a manutenção do processo interativo, a partir daqueles que nesta situação de crise estejam em melhores condições para alcançar o mais desvalido e também o determinante maior de sua ocorrência, o bebê. Isto, visando a facilitação do desenvolvimento afetivo de todos envolvidos na situação.

Assim é que cabe à equipe, nesta situação, a condução de normas básicas para o funcionamento interativo, pressupondo a utilização na família e no próprio ambiente de atendimento de todos aqueles recursos que facilitem a troca entre os diversos parceiros.

É a partir do resultado do atendimento intensivo que a criança irá perseguir seu desenvolvimento normal. Com isto, o atendimento estará restituindo à família um bebê capaz de gratificá-la e estimulá-la. E se não for possível devolver o bebê desejado, tanto por sua morte quanto pela permanência de sequelas que comprometem seu desenvolvimento futuro, resta a compreensão de que tudo foi tentado.

E nestas últimas possibilidades residem os maiores riscos para estabilidade e equilíbrio tanto familiar como da equipe - se não estiver em andamento um processo de conhecimento das capacidades de um e de outro (pais e profissionais) e de confiança pela troca de informações, respeito e segurança, ambos podem utilizar ou serem utilizados como defesas de suas próprias dificuldades. Portanto, o recém-nascido que se encontra na incubadora é apenas uma parte da situação de alto risco, não podendo ser considerado como o representante ou depositário de todo comprometimento. Ele apenas deflagra através de sua debilidade orgânica toda uma situação que pertence a um grupo e não a um indivíduo.

Deixando clara esta premissa inicial, parto para sua

consequência - não são apenas as condições de nascimento deste bebê que vão determinar dificuldades em seu desenvolvimento afetivo.

As dificuldades que porventura poderão ocorrer, serão decorrentes de uma série de fatores aos quais soma-se o fato dele ser considerado de alto risco. Não é este o fator determinante.

Assim é que se no ambiente de atendimento for possível iniciar um processo interativo englobando toda a equipe num trabalho integrado e neste processo houver inserção do grupo familiar, estará sendo realizado um trabalho preventivo que trará respostas não apenas no desenvolvimento afetivo mas também intelectual e até físico de todas estas crianças.

E mais ainda, se junto a isto esta criança ao receber alta do atendimento intensivo encontrar uma estrutura familiar que tenha condições de oferecer cuidados básicos, seu desenvolvimento normal e integral (desde que não existam comprometimentos orgânicos importantes) é algo viável e facilmente alcançável.

Fico pensando então nas colocações de Klaus e Kennel quanto a existência de um período vulnerável onde a separação da mãe traria prejuízos futuros no desenvolvimento afetivo e até da linguagem destas crianças. Acredito que estes autores ou outros que os utilizam como referência, incorreram num reducionismo, deixando de lado uma série de outros fatores que mesmo eles apresentam em algumas discussões sobre seus pressupostos básicos.

Pude constatar que o que eles propõem faz mais sentido naquelas crianças que nascem sem nenhum prejuízo maturativo e que imediatamente após o parto permanecem juntas de suas mães, iniciando num contato muito intenso e íntimo o processo que denominam de "bonding".

Aí sim, o reconhecimento da voz materna, do choro do bebê após poucas horas de vida, o bebê seguindo o movimento da mãe, todas as fases de trocas interativas entre estes dois parceiros é algo visível, viável, extremamente prazeroso e desejável.

Suas idéias parecem ser verdadeiras também, naqueles nascimentos onde apesar das boas condições físicas de ambos - mãe e bebê, não há disponibilidade afetiva para este contato. Esta separação inicial vem de encontro a uma necessidade materna e poderá ser mantida passando a apresentar futuras influências sobre todos aqueles aspectos do desenvolvimento neuropsicológico deste recém-nascido.

No caso deste nosso Recém-Nascido porém, não há escolha-há necessidade vital. Ele deve permanecer afastado porque é justamente este seu afastamento que poderá garantir sua futura permanência na família, com um risco menor de outras complicações ou de desvios em seu desenvolvimento.

Deve-se ter claro que o trabalho com estes bebês antes de mais nada prioriza o agora. Somente após a criança ser retirada

da situação de alto risco é que se passará a criação e a probabilidade de um futuro - este agora é que irá determinar a existência e a qualidade de um depois.

Com isto não quero trazer um ponto final ao estudo das interferências emocionais. Mas dizer sim que o processo de conhecimento desta situação, tem como premissa algo que difere totalmente do nascimento de uma criança normal.

A forma com que o recém-nascido de alto risco entra no mundo dá-se através de uma condição extremamente patológica naqueles únicos recursos que tem para provar (até então) sua existência - o corpo. Apresenta-se ao mundo como alguém em prejuízo, sem poder ocupar o espaço que vinha sendo preparado para sua chegada.

Suas condições de nascimento mostram pouca capacidade de reatividade ao meio ambiente. Seus canais de comunicação estão neste momento, "inoperantes". Sua participação é inexistente. Apenas seu corpo continua a marcar, para ele próprio, através da dor, sua entrada numa outra situação - a vida extra-uterina.

É um ponto fundamental para ter-se muito claro. Trata-se de um outro processo inicial, o que não caracteriza, por si só, uma situação adversa ou desencadeadora de patologias. Exige uma compreensão diferente do profissional dedicado ao estudo do processo afetivo, uma nova visão dos comportamentos surgidos e necessidade de serem modificados planos quanto ao manejo desta

situação.

Especialmente porque as práticas hospitalares realizadas com estes bebês não tem um lugar neste momento para a dúvida sobre a interferência de determinadas condutas que são imperativas, apesar de causarem sofrimento ao bebê que implicarão talvez no detrimento das áreas afetivas e cognitivas desta criança. Mas isto não pode impedir sua realização.

É claro que neste bebê, em consequência de sua debilidade física, de sua imaturidade, o instrumental de comunicação mostra-se debilitado e é, muitas vezes impedido de manifestar-se em virtude de sondas, incubadoras, imobilização.

É esta sua debilidade também é responsável por sua fraca ou praticamente inexistente busca interativa. Não encontrei formas ou maneiras de avaliar seus recursos perceptivos, que possibilitariam o contato com o outro e com o ambiente. Neste momento ele é alguém que depende inteiramente de uma série de medidas terapêuticas. O quanto de afeto, cognição e corpo estão presentes nesta situação é uma incógnita. Tanto para mim apesar de todo trabalho de observação como para vários profissionais que estão com ele no seu dia-a-dia.

Suas vivências nesta situação não tem ainda um espaço ou um tempo em sua vida de pouquíssima representação ou significação. Pode-se dizer que ainda não atingiu uma maturidade orgânica que facilite sua participação no ambiente e conseqüentemente no

processo interativo.

Provavelmente as ocorrências de seu dia-a-dia numa Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal serão registradas como engramas em sua história, mas apenas terão uma representação afetiva se alcançarem futuramente um significado que determine seu distanciamento do normal. E isto só ocorrerá se houver um parceiro determinando o significado. Com isto quero dizer que mais do que o bebê, quem vai determinar que sua situação de alto risco represente o início de dificuldades, na ausência de sequelas orgânicas, é a família. Mas este é um assunto para um próximo trabalho.

E é somente ao deixar de ser o que chamamos o "bebê isolado" que a troca e a interação serão possíveis. A partir do momento em que há uma resposta envolvida com um estímulo externo (que não seja apenas o doloroso), penso que ele passa a ser o bebê acompanhado.

É no início de seu desenvolvimento maturativo, já "desadoecido", que buscará a troca, o prazer e a companhia, ainda de forma rudimentar mas já trazendo seus benefícios.

Partindo da maturação, é possível entender que estas aquisições interativas pertencem a tempos diferentes para cada um dos bebês. Pode, inclusive ser impossível naquelas crianças extremamente lesionadas, onde não é possível a troca afetiva apesar de não haver mais risco quanto a sobrevivência. Ai sim, o

alto risco aparece através da área comportamental e afetiva ficando dúvidas sobre a possibilidade de nascimento psicológico do bebê, bem como sobre as conseqüentes dificuldades surgidas para a família.

Mas como já ficou claro, minha preocupação neste momento não foi realizar um recorte da população mas conhecer a situação. Felizmente a maioria destes bebês e suas famílias apresentam recursos para sua adequada evolução. A partir de sua alta, poderão interagir, gratificar e estimular seus parceiros. Poderão receber do meio familiar aqueles cuidados básicos de afeto e reconhecimento. As famílias esperam suas crianças "desadoecerem" para então "nascerem" com sua ida para casa.

Neste momento, o processo de interação está em desenvolvimento e receberá um progressivo aumento com a retirada do bebê da internação.

E, não apenas a família sente-se elevada a sua condição a partir da interação com seu bebê. O sorriso do bebê, observado pelo médico e enfermeiras que o atenderam é vivido de uma forma intensa. Não apenas os olhos do bebê e de seus pais que brilham, mas os da equipe também.

Há uma satisfação que percorre todos estes personagens, determinando o riso fácil e contagioso dos envolvidos na situação. Ao conversarem com a criança, repetem todos aqueles padrões corporais e vocais descritos como encontrados no relacionamento

com a criança normal.

Vemos configuradas mais uma vez, aquelas idéias de situação de risco que vivenciaram todas estas pessoas. A partir do momento que a ameaça desaparece, os parceiros conseguem apresentar a interação e o afeto surge como algo que liga e une. É neste momento que os elementos defensivos podem ser abandonados, dando lugar ao prazer da conquista.

Não são apenas os pais que possuem uma adequada estrutura afetiva e familiar que conseguem vencer esta situação de crise e estabelecer padrões afetivos em suas relações. Também a equipe necessita possuir formas de sentir prazer frente a tarefa - realizar-se com o que foi feito e poder viver plenamente este momento com seus parceiros.

Mas voltando ao fio condutor desta história, contada por seus vários personagens, retomamos a necessidade destes pais assumirem seu papel de cuidadores e a criação de um espaço para este bebê na família.

Existe um fator básico que irá facilitar isto ocorrer. Para conseguirem "cuidar" destes bebês, devem ter estabelecido confiança e segurança em sua relação com este bebê, que chegou para eles através de um caminho diferente. Precisam ter certeza de que esta separação inicial era a maneira, o recurso disponível para que seus filhos estivessem bem cuidados. E realizando isto, possibilitaram ao bebê tudo aquilo que de melhor se encontra nesta

situação.

O que não significa que estes pais não venham a apresentar depressão, agressividade em relação a equipe, discussões entre o casal... Suas reações vão ser aquelas compatíveis com uma situação de crise, quando são utilizados todos recursos egóicos no sentido de restabelecer o equilíbrio afetivo, mas que em alguns momentos exige mais do que eles estão preparados ou capacitados para enfrentar.

Esta confiança que os pais desenvolvem face ao que permitem seja dado ao filho, passa pela confiança e segurança na equipe de atendimento. É nela que os pais necessitam acreditar, para terem a esperança da viabilidade de seu filho e de sua condição de pais.

Assim é, que estabelecem com esta, uma relação que envolve desde sentimentos de idealização, até sentimentos de dependência, hostilidade e temor. Forma-se uma "imagem" deste pessoal capacitado em cuidar seu bebê, dando origem muitas vezes até a um receio de contatarem especialmente com o médico neonatologista. Temem, que através disto venham a quebrar aqueles tênues fios que mantêm a vida de seu bebê. É um "encantamento" que paira no ar, que envolve qual membrana um casulo que cerca este bebê e seu atendimento. Parecendo que se for tocado de maneira inadequada, romperá, não permitindo a transformação desta criança em sua forma plena que a capacitará na busca de seu desenvolvimento integral.

É esta situação que parece provocar muitas vezes, por parte da equipe, uma idéia distorcida do comportamento dos pais. Este temor de novamente virem a causar um dano a este filho tão fragilizado, além da incapacidade total de compreendê-lo (já que conforme descrevemos antes, ele está praticamente incapacitado de comunicar-se com qualquer pessoa, com o próprio ambiente) que determina uma espécie de distanciamento, um olhar de longe, um toque mais rápido, uma visita mais passiva.

Assim, a partir disto temos outros fatores a discutir:

- a necessidade da equipe respeitar este distanciamento, e

- entender este comportamento como algo que protege a família e seu bebê.

Ou seja, assim como a equipe está preparada para aceitar o desenvolvimento lento, contado em gramas e tão pequenas aquisições por parte deste bebê, assim deverá ser preparada para espelhar pela família. Sua aproximação quando da internação do bebê, também será muito lenta, pois esta criança além de não ser a desejada, não lhes é entregue para seus cuidados. E ainda mais - é sugerido que não deve ser muito manuseada pois isto implicaria o surgimento de sérias complicações.

Esta orientação de pouco manejo, bem como todo ritual existente para chegar-se até esta criança, aumenta fantasias familiares quanto as condições deste filho. A equipe que cerca e

atende este bebê, tem condições de avaliar a situação, a doença e a gravidade que ela pode ou não implicar. O mesmo não ocorre com a grande maioria dos pais que estão passando por esta situação pela primeira vez.

Daí porque necessitam um tempo mais longo, totalmente diverso daquele do médico neonatologista para poderem não apenas acostumarem-se com esta situação, com este ambiente, mas principalmente com um turbilhão de sentimentos que não permitem a formação de idéias claras sobre o que estão vivendo.

Porém, isto não significa que se aceite passivamente o distanciamento dos pais. Devem ser estimulados e facilitados em todas aquelas tentativas de conhecerem seu bebê, oferecendo a ele e a si próprios a possibilidade de interação.

O que estamos aqui tentando discutir é que não apenas se deve facilitar a entrada dos pais na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e estimular seu contato físico com o bebê. Este seria o primeiro passo. O que a família deve fazer e deve ser estimulada é falar sobre o que está vivendo, o que pensam, suas desilusões, frustrações e preocupações. Esta será uma garantia de que durante este período considerado como vulnerável, ela recebeu cuidado e atenção que propiciaram a compreensão do que estava ocorrendo. Isto ficou claro quando das entrevistas ainda na internação dos bebês. Muitas famílias ao reencontrarem a pesquisadora, teciam comentários de grande importância sobre seu filho.

E mais ainda, em algumas entrevistas foram obtidos dados que eram desconhecidos dos médicos e que apresentavam uma relação direta com fatores determinantes do alto risco do bebê. Não existe mágica para isto vir a ocorrer. O que deve existir é um espaço para estes pais sentirem-se também cuidados em sua fragilidade frente ao filho que geraram.

Este tempo de permanência no atendimento, onde o bebê se encontra sob os cuidados de outros, também permite à família modificar perspectivas, encontrar um lugar dentro de si para este bebê real. Enquanto seus membros vão internamente reconhecendo este bebê como parte integrante deste grupo familiar, a criança encontra-se protegida de toda ansiedade decorrente de sua condição.

Assim, a impossibilidade de um contato mais intenso, serve como uma proteção aos pais que não conseguem aproximar-se deste bebê.

Pois da mesma forma que este bebê prematuro ou doente, não possui um desenvolvimento ou funcionamento maturativo que o proteja de um elevado nível de estimulação, estes pais também são prematuros ou despreparados para este bebê.

Em outros momentos pode-se ver que estes períodos de contato entre mãe, pai e bebê, especialmente quando os pais permanecem conversando com o filho, tocando-o, são momentos que

servem muito mais ao casal. São momentos de familiarização com este bebê desconhecido. Onde temores vão desaparecendo, sensações táteis vão iniciando um mútuo reconhecimento que por sua vez facilita o caminho interativo.

Da parte da criança, este tempo de internação, garante que ela não será cobrada indevidamente através das expectativas familiares quanto a um retorno a seus estímulos. Ela é entendida como alguém, que neste momento precisa de um cuidado diferenciado. Assim é, que ao voltar para a família, provavelmente já existe entre eles um conhecimento maior que facilitará um encontro como proposto por THIS (1970) e descrito anteriormente no capítulo sobre a família.

Ou seja, este período permitirá à família que faça arranjos em relação a este bebê desconhecido, que não condiz com o bebê imaginário e idealizado. Possibilita uma (re) entrada na família a partir de suas características reais.

Enquanto os pais vão trabalhando em cima de todos estes aspectos, o neonatologista permanece com sua grande questão - além da sobrevivência, a qualidade da vida. Para tanto conta com sua técnica, sua aparelhagem, e com sua sabedoria em relação ao bebê. É ela que deve capacitá-lo a organizar todas aquelas informações que recebe quanto as condições clínicas, o resultado de exames, os registros da monitorização, e a forma do bebê reagir a toda terapêutica que lhe é fornecida.

Necessariamente deveria assim alcançar uma visão integrada e integradora deste bebê, o que lhe é difícil face a gravidade da situação. Assim é, que antes de conhecer o bebê pelo nome, o conhece pela sintomatologia ou pelo quadro clínico que apresenta. Antes de conhecer sua história familiar, conhece sua história clínica. E é em cima destas questões que elabora todo um projeto de (re)criação para o bebê.

Importante e que deve ser deixado muito claro é que o retorno dos bebês ao follow-up, especialmente daqueles que se encontram na faixa etária que corresponde até 18 meses de idade, mostra um desenvolvimento afetivo adequado, um processo de interação com a família não diferente daquele encontrado nas crianças ditas normais.

O que nos leva a pensar que a forma como os pais tiveram condições de vivenciar a situação é que determinará ou não, para a criança e toda sua família um significado tal que dará origem a distúrbios na relação afetiva.

Assim é, que deve-se priorizar o cuidado com estes pais (especialmente do ponto de vista da Psicologia), visando a manutenção e exploração de seus melhores recursos no manejo de toda esta situação angustiante.

Dentre estes recursos, quanto maior a proximidade do casal, quanto maior sua intimidade, afeto, estrutura de casamento, maiores condições para receber a criança que apresenta

dificuldades. Encontram neste relacionamento o apoio, o reabastecimento afetivo, o compartilhar, sem sentirem-se sozinhos nesta tarefa.

O cansaço e irritação que algumas mães, especialmente as solteiras ou abandonadas pelos maridos, demonstravam em cuidar de seus bebês, levava muitas vezes a constatação que ela sentia-se sozinha quanto a desenvolver os cuidados com seu bebê.

Com isto voltamos à importância do pai nesta situação, especialmente nos primeiros momentos da vida deste bebê. Aqui reside uma preocupação importante deste trabalho. É preciso que se dê mais atenção a esta figura familiar, tendo em vista sua importância quando da ocorrência do Alto Risco em Neonatologia. Ele será um grande aliado no processo de cuidado e desenvolvimento desta criança.

A idéia é de valorizar e estimular sua função de companheiro desta jornada. Participante e parceiro ativo e não apenas aquele que leva informações para a mãe enquanto ela não está em condições de ver seu bebê. Da mesma forma que ela se encontra fragilizada pelo nascimento desta criança, encontra-se o pai. É imprescindível que se estimule uma participação ativa dos dois, desta dupla, trazendo para dentro da família a idéia de um grupo, de interação.

Isto é visível também no Follow up. A família consegue um bom nível de comunicação desde que todos - pai, mãe e bebê

estejam disponíveis. Assim, é possível seguir o processo de desenvolvimento afetivo e interativo desejado.

Para terminar, tenho que lembrar uma intensa inquietação que me perseguiu durante todo trabalho. Não me sentia preparada para usar todo o material teórico encontrado o que parecia muitas vezes uma dificuldade pessoal. Aos poucos, fui encontrando eco em autores que utilizei mais frequentemente, a estas mesmas inquietações.

Fui descobrindo que ao pretender estudar este recém-nascido, tinha que abandoná-lo como foco central do estudo, passando a uma observação mais global de toda situação, creditando especialmente à família a tarefa de facilitar o desenvolvimento afetivo e interativo deste bebê.

Consegui ter claro que enquanto o bebê vai sendo cuidado por toda uma equipe especializada, não é possível deixar a família sem cuidados básicos que lhe assegurem a possibilidade de vencerem com melhores recursos esta situação de crise.

A proposta portanto, é de que todas idéias teóricas e práticas que existem sobre maternagem, que esta família iria dispensar ao bebê, sejam oferecidas à própria família.

Cabe a existência de uma preocupação primária, de um "holding" (cf. Winnicott, 1988) que permita à equipe tomar contato com as necessidades básicas, da família neste momento que esta

precisa de um referencial, de alguém que sirva de continente para suas dúvidas, angústias e inquietações.

Ou seja, as informações necessárias sobre o bebê, sua própria situação, antes que lhes causem estranheza, fantasias persecutórias, devem encontrar referenciais reais. A proposta então é de não ficar tateando a realidade, selecionar informações, mas de participar de forma integrada neste processo. Sem temores mas com confiança em suas próprias condições de retornarem à vida e à esperança.

Somente a partir desta "apresentação do mundo" como ele é, através de uma pessoa que o conhece e que os acompanhe nesta situação, por querer caminhar junto e conhecer o trajeto e as sinalizações, terão melhores condições de participar ativamente neste processo de reconstrução familiar.

É isto que também vai possibilitar que este bebê seja reconhecido num contexto de maior integração, pertença a uma família, a uma história e que possa usufruir tudo que de melhor ela lhe apresenta.

Que a visão que se tenha deste bebê, não seja baseada naquilo que hoje ele não tem condições ou no que sua família apresenta como problema. Não se trata de abandonar tudo que aconteceu, mas de não valorizar aquilo que já foi superado.

Quanto a propostas de futuros trabalhos são muitas. A

partir do conhecimento de aspectos básicos do início do desenvolvimento destas crianças, torna-se necessária uma investigação mais ampla da continuidade deste processo. Com isto é imprescindível uma observação sistemática de um grupo de bebês até a ocorrência de sua entrada na escola. Com isto poderiam ser observados não somente aspectos de seu desenvolvimento afetivo, mas especialmente aqueles relacionados com a aprendizagem, já que tão precocemente estas crianças foram invadidas em seu processo maturativo. Por outro lado, toda discussão quanto aos estímulos que recebem dentro da incubadora e a possibilidade de que isto traga dificuldades quanto a recepção de estímulos numa vida futura.

Por outro lado, deve ficar mais claro o fato de que realmente não necessariamente existirão futuras dificuldades afetivas nesta criança. Nosso estudo limitou-se a um tempo mínimo de desenvolvimento. Apenas a seu início, muito havendo, ainda, para ser investigado.

Além disto, deve ser ampliada a compreensão da figura paterna e especialmente dos demais membros familiares como os irmãos neste processo. Qual sua interferência no desenvolvimento afetivo deste bebê e quais suas necessidades durante este período? Também eles participam desta situação de crise?

Outra questão diz respeito a reação ao estranho e a existência do objeto intermediário. Até que ponto este é um sinal significativo nestes bebês, oriundos do alto risco neonatal? Para

tanto, mais do que acompanhar de forma prospectiva torna-se necessário um acompanhamento sistemático através de avaliações do desenvolvimento destes bebês.

Tratam-se de propostas para toda uma vida profissional cujo processo já iniciou. Já houve troca entre os parceiros fazendo surgir a interação e com ela a possibilidade do desenvolvimento criativo.

ANEXO 1

GLOSSÁRIO

Durante todo o relato alguns termos são usados frequentemente:

- desenvolvimento do processo afetivo,
- desenvolvimento do processo interativo,
- recém-nascido de alto risco,
- família do recém-nascido de alto risco,
- meio ambiente de atendimento,
- equipe de atendimento,
- situação de alto risco.

Desenvolvimento do processo afetivo: todas aquelas aquisições que os diversos integrantes desta situação de alto risco vão apresentando e que podem ser observados através de comportamentos, expressões faciais, gestos, que traduzem suas emoções, sentimentos, que indicam o estabelecimento e manutenção de uma relação afetiva. Este processo envolve um período de tempo muito superior ao que foi aqui estudado.

Desenvolvimento de um processo interativo: ocorrências entre os diversos integrantes da relação, entendidos como parceiros onde um determina ou facilita o aparecimento de comportamentos, sentimentos ou respostas no outro. Pressupõe uma

participação ativa entre os vários indivíduos presentes na relação. Ocorre inicialmente através dos aspectos perceptivos, motores, todos canais de comunicação presentes no relacionamento social e familiar.

Recém-nascido de alto risco: todo recém-nascido que recebeu indicação terapêutica de atendimento intensivo face a gravidade de suas condições clínicas. Estes comprometimentos inviabilizavam sua sobrevivência na ausência deste atendimento, além de determinar sua desvalia, prostração e letargia

Família do recém-nascido de alto risco: aqui neste estudo representado pelo pai e mãe destes recém-nascidos, que acompanham o bebê durante a internação e posteriormente no Follow-up e responsáveis pela criação e cuidados com seu filho.

Meio ambiente do recém-nascido de alto risco: salas e instalações do Berçário de Alto Risco e Berçário Intermediário, do ambulatório do Follow-up, consideradas em seu espaço físico, instalações, material e instrumentação terapêutica, além das regras que determinam o funcionamento e o comportamento daquelas pessoas que lá necessitam permanecer. Seja para cuidados, visitas ou desempenho de atividades profissionais.

Equipe de atendimento: pessoas que profissionalmente cuidavam e participavam do atendimento destas crianças, sejam médicos do staff, médicos residentes, equipe de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

Situação de alto risco neonatal: condição em que se encontram todos os participantes desta história, sejam bebês, familiares, equipe e mesmo o ambiente de atendimento, a partir do diagnóstico desta criança como de alto risco.

ANEXO 2

QUADROS CLÍNICOS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Anemia a esclarecer	1
Assistência Ventilatória	74
Aginesia de Corpo Caloso	1
Atelctasia	2 (1 óbito)
Asfixia Leve	31
Asfixia Moderada	44
Asfixia Severa	43
Apnéia	17
Aspiração de mecônio	8
Atresia de Coanas	1
Atresia Duodenal	1
Atresia de Esôfago	4
Atresia de Vias Biliares	1
Bradycardia Sinusal	1
Cardiopatía	12
Doença de Caroli	1 (óbito)
Citomegalovírus	1
Cefalohematoma	1
Cranioestenose	3
Colestase	7

Convulsões	14
Displasia Bronco-Pulmonar	5
Derivação Ventrículo Peritoneal	1
Diplegia	1
Exsanguíneo Transfusão (por incompatibilidade de grupo e subgrupo RH)	17
Exsanguíneo Transfusão (que não incompatibilidade de grupo)	14
Enterocolite Necrotizante	2
Estenose Subgenético	1
Estenose Hipertrófica de Píloro	3
Encefalocele	2
Fenda Palatina/Lábio Leporino	3 (1 óbito)
Fístula Traqueo esofaríngea	1
Hematoma subcapsular	1
Hematoma subdural	1
Hepatite neonatal	1
HIV + (mãe)	2
Hiperamnia	1
Hipoglicemia	5
Hipospadia	2
Hidropsia Fetal não imune	1
Hidrocefalia (Dilatação Ventricular US)	21
Hemorragia Intraventricular	13
Hipertensão Pulmonar	2
Hemangioma	3
Instabilidade de Quadril	3

Incompatibilidade Sanguínea RH	25
Incompatibilidade Sanguínea ABO	25
Icterícia Colestática	1
Icterícia sem causa detectada	10
Incompatibilidade Sanguínea (subgrupos ou outros)	4
Infarto Cerebral	1
Isquemia Miocárdia Transitória/enfarte	13
Infecção não localizada	2
Infecção Pneumonia intrauterina	3
Infecção Torch	4
Infecção Urinária	2
Laringotraqueomalácia	2
Membrana Hialina	46
Meningite	9
Meningite/Ventriculite	7
Meningocele	2
Microrftalmia	2
Microcefalia	2
Megagolon Congênito	1
Malformações menores	1
Nutrição Parenteral	23
Problemas nefrológicos	4
Osteopenia do prematuro	20
Osteomielite	5
PIG: RN a termo < 2500 grs.	14
PIG: Prematuros	44

Prematuridade com Peso de Nascimento	
ignorado	2
Prematuridade < 1000 grs.	13
Prematuridade 1000 grs.	13
Prematuridade 1000 grs. a 1499 grs.	99
Prematuridade 1500 grs. a 2499 grs.	44
Prematuridade > 2500 grs.	12
Peritonite	1
Pé Torto Congênito	3
Persistência de canal Arterial	21
Pneumo Mediastino	1
Pneumotorax	4
Pneumonia	30
Policitemia	11
Paralisia Braquial	1
Porencefalia	1
RGE	3
Rotura Prolongada de Membranas	13
Rubéola	4
Síndrome de DOWN	4 (1 óbito)
Septicemia	50
Sífilis Congênita	6
Síndrome Genética a esclarecer	1
Síndrome de Patau	1 (óbito)
Salmonela	1
Taquipnéia Transitória	10
Taquicardia Sinusal	1

Levantamento realizado pela equipe de atendimento do Follow-up até outubro de 1989, a partir dos prontuários recebidos durante o atendimento de ambulatório. Portanto não fazem parte aqueles casos que abandonaram o atendimento.

ANEXO 3

AMBULATÓRIO DE FOLLOW-UP

OBJETIVO:

Este ambulatório destina-se ao acompanhamento até a idade de 7 anos das crianças internadas no serviço para detecção de possíveis sequelas ou complicações relacionadas aos problemas do período neonatal assim como continuação de tratamento ou investigação diagnóstica.

ORGANIZAÇÃO

As médicas que o compõem são as Dras. Rosane, Dalva e Maria Amélia.

A primeira consulta deverá ser marcada com uma semana após a alta.

Os dias do ambulatório são 3a., 5a. e 6a. feira pela manhã. O dia do 1o. retorno, específico para marcação de consultas de primeira vez é a 5a. feira, ficando a 3a. e 6a. feira para as consultas subsequentes.

O livro para marcação fica na mesa da secretária na Secretaria da Neonatologia.

ANEXO 4

FRAGMENTOS DO DIÁRIO DE CAMPO

Os registros realizados logo após minha permanência no local para observação, contam com relatos descritivos, numa linguagem simples, procurando deixar claro o que havia observado. Alguns exemplos:

Exemplo A - Na apresentação e contato inicial

25 de outubro de 1988 - 13 horas.

Fui conhecer a unidade. São 8 vagas no Berçário de Alto Risco e 11 no Berçário Intermediário. A maioria das incubadoras estavam ocupadas. São duas salas muito amplas, com espaço muito grande para as pessoas se locomoverem. Logo os residentes lembraram casos de crianças que ali estão que seriam "ótimos" para meu estudo.

Não havia avental para meu uso ao que a médica que me acompanhava falou: bem, você vai ter que entrar assim mesmo.

O ambiente físico pareceu-me amplo, muito limpo mas na verdade "fria afetivamente". Muito clara, se por um lado é bom para a realização das atividades, por outro não é aconchegante.

Quando olhei para os bebês, meu sentimento foi: E AGORA?

A passividade na incubadora me fez sentir "um choque" - O QUE VOU OBSERVAR?

Um pensamento - Crianças, é nossa vez. O que fazer?

Ao me aproximar de uma incubadora o bebê começou a chorar. Outro abria e fechava os olhos. (...)

Exemplo B - No Berçário de Alto Risco

22 de novembro de 1988 - 9 horas.

(....) Começo a perguntar sobre outro bebê de 650 grs. e incrível - ninguém sabe me dizer o que aconteceu. A conduta sugere que esta criança não teria ao menos existido. Até que uma médica me fala todo caso clínico e termina com o relato de que a criança "parou", o que entendo que teve uma parada cardíaca.

Ou seja - é muito, mas muito difícil falar em morte. É TABU?

Não sei, mas acho que este é um aspecto de VITAL importância no manuseio destas crianças. A perda através da MORTE é algo muito sério para este pessoal. Há uma intensidade tão grande na dedicação ao atendimento destes bebês e muitas vezes o resultado é TÃO, MAS TÃO FRUSTANTE! Fico pensando como me senti no hospital hoje - muito mal, deprimida, chateada - é assim também com a equipe? E a Família? E com o bebê? E a rotatividade destas crianças é tão alta. Na verdade o que fazem no BAR é lutar contra e

morte, tirar do risco o tempo inteiro. Não podem nem ao menos aproveitar a criança quando ela melhora. (....)

Exemplo C - No Follow-up

02 de março de 1989 - 10 horas.

Voltou a se repetir a mesma situação de "desespero" de uma mãe. A menina, sua filha, tem meningomielocele, já se submeteu a cirurgia devendo se submeter a outras (ortopedia) e tratamento fisioterápico. Tem apresentado crises convulsivas (?) após crises de tosse, sendo encaminhada para atendimento neurológico. Saiu da sala para marcar a consulta e de repente entra chorando na sala, muito ansiosa. A menina havia repetido a crise neste breve espaço de tempo e houve uma morte no ambulatório que conforme a mãe era "por tosse, catarro". O tipo de comportamento dela inicialmente imobilizou as médicas. Começaram a conversar com ela sobre que remédio poderia dar para a menina e a mãe agarrada na filha dizia: "Agora que ela está tão bonitinha eu não posso perdê-la. Depois de tanto trabalho." (....)

BIBLIOGRAFIA

01. AEBI, V. - Detección Precoz de los Transtornos cerebromotores
Bobath, Kõng. Panamericana, Buenos Aires, 1976.
02. AJURIAGUERRA, J. - Manual de Psiquiatria Infantil, Toray-Masson,
Barcelona, 1976.
03. ARADINE, C., SHAPIRO, V., UMAN, H. - Robbie: Coping with
trauma in the Neonatal period, in Fraiberg, S. -
Clinical Studies in Infant Mental Health-The First Year of
Life, Basic Book Inc. Publishers, New York, 1980.
04. BOBATH, KONG - Transtornos cerebromotores en el niño,
Panamericana, Buenos Aires, 1976.
05. BOWLBY, J. - Apego - Trilogia: Apego, Perda e Separação, vol.
I, Martins Fontes, São Paulo, 1984.
06. BRAZELTON, T. B., CRAMER, B., KREISLER, L., SCHAPPI, R., SOULÉ,
M. - A Dinâmica do Bebê, Artes Médicas, Porto Alegre, 1987.
07. BRAZELTON, T. B., - O Desenvolvimento do Apego, Artes Médicas,
Porto Alegre, 1988.
08. BRUNET, O. e LÉZINE, J. - O desenvolvimento psicológico da 1a.
infância, Artes Médicas, Porto Alegre, 1981.
09. CLARK, G. N. and SEIFER, R. - Facilitating Mother-Infant
Communication: A Treatment Model for High-Risk
and Developmentally-Delayed Infants, in Infant Mental Health
Journal - vol. 4, no. 2 summer 1983.
10. CRAMER, B. - A Psiquiatria do Bebê: uma introdução, in
Brazelton, T. B., e outros - A Dinâmica do Bebê, Artes Médicas.

Porto Alegre, 1987.

11. FANAROFF, A. e KLAUS, M. - Alto Risco em Neonatologia, Interamericana, Rio, 1982.
12. FRAIBERG, S. - Clinical Studies in Infant Mental Health - The First Year of Life - Basic Books, Inc. Publishers, New York, 1980.
13. GOLDBERG, S. - Parent-Infant Bonding, Another Look, Child Development, 1983, 54.
14. KLAUS, M., JERAULD, R., KRIGER, H., MC ALPINE, W., STEFFA, M., KENNEL, J. - Maternal Attachment, Importance on the First Post-Partum Days - The New England Journal of Medicine, Mar. 2, 1972, p. 460 - 3, vol 286, no. 9.
15. KLAUS, M., KENNEL, J. - Mothers Separated from Their Newborn Infants, in Pediatrics Clinics of North America, vol. 17, 197(?).
16. KLEIN, M., ISAACS, S., HEIMANN, P., RIVIERE, J., - Os Progressos da Psicanálise, Zahar, Rio de Janeiro, 1969.
17. LAWSON, K., DAUM, C., TURKEWITZ, G. - Environmental Characteristics of a Neonatal Intensive-Care Unit, in Child Development, 1977, 48, 1688-39.
18. LEOVICI, S. - O Bebê, a Mãe e o Psicanalista, Artes Médicas, Porto Alegre, 1987.
19. LEVY-SHIFF, SHARIR e MOGILNER - Mother and Father-Preterm Infant Relationship in the Hospital Preterm Nursery, in Child Development, 1989, 60
20. MALDONADO, M. T. P. - Psicologia da Gravidez, Vozes, Petrópolis, 1976.

21. MALDONADO, M. T. P. e outros - Nós estamos grávidos, Bloch Educação, Rio, 1981.
22. MELEGA, M. P. - Relação Mãe-Bebê na Família. Uma metodologia para ensino, pesquisa e atendimento psicoprofilático in Anais do 8o. Congresso Nacional da ABENEPI, Belo Horizonte, 1987.
23. MINUCHIN, S. - Famílias, funcionamento e Tratamento, Artes Médicas, Porto Alegre, 1982.
24. MURALT, G. V. - Detección Perinatal de los Niños de alto riesgo, in Transtornos Cerebromotores en el niño, Panamericana, Buenos Aires, 1976.
25. O'DONNELL, M. L. S. - Considerações sobre a Observação de Bebês, in Anais do 8o. congresso Nacional da ABENEPI, Belo Horizonte, 1987.
26. ORTIZ, E. R. - O Bebê de Alto Risco Neurológico. O Conceito de Risco, in Anais do 8o. Congresso Nacional da ABENEPI, Belo Horizonte, 1987.
27. PINCUS e DARE, - Psicodinâmica da Família, Artes Médicas, Porto Alegre, 1981.
28. RICHARDS, M. - in Robertson, - Textbook of Neonatology, Churchill Livingstone, 1986, cap. 3.
29. RIVIÈRE, J. - Gênese do Conflito Psíquico, in Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S., Rivière, J. - Os Progressos da Psicanálise, Zahar, Rio, 1969.
30. RUDOLPH, A. e KENNEY, J., in Fanaroff e Klaus, - Alto Risco em Neonatologia, Interamericana, Rio, 1972 cap. - Antecipação, Reconhecimento e Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco.

31. SPITZ, R. - Psicoterapia no Lactente, in Biermann, G. - Tratado de Psicoterapia Infantil, Espaxis, Barcelona, 1973.
32. SPITZ, R. - El Primer Año de vida del niño, Aguilar, Madrid, 1972.
33. STEWART, Ann - Follow-up Studies, in Robertson, N.R.C. - Textbook of Neonatology, Churchill Livingstone Inc., New York, 1986.
34. STOLERU, S. - Estudos Sobre a Capacidade do Bebê e as Interações Precoces, in Lebovici, S. - O Bebê, a mãe e o psicanalista, Artes Médicas, Porto Alegre, 1987.
35. THIS, R. - O PAI: Ato de nascimento, Artes Médicas, Porto Alegre, 1987.
36. VIDELA, M. - O Bebê de Alto Risco. Intervenções Multidisciplinares, in Anais do 8o. Congresso Nacional da ABENEPI, Belo Horizonte, 1987.
37. WINNICOTT, D. - Da Pediatria à Psicanálise, Francisco Alves, Rio, 1988.
38. WINNICOTT, D. - A Família e o Desenvolvimento do Indivíduo, Interlivros, Belo Horizonte, 1980.
39. WINNICOTT, D. - O Ambiente e os Processos de Maturação, Artes Médicas, Porto Alegre, 1982.
40. WINNICOTT, D. - O Brincar e a Realidade, IMACO Ed., Rio, 1975.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:

Maria Eucharis Motta

Profa. Maria Eucharis Motta
Departamento de Psicologia
PUC/RJ

Maria Elisabeth Ribeiro dos Santos

Profa. Maria Elisabeth Ribeiro dos Santos
Departamento de Psicologia
PUC/RJ

Dr. José Maria de Andrade Lopes

Dr. José Maria de Andrade Lopes
Instituto Fernandes Figueira
Fundação Oswaldo Cruz

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, 06 de março de 1990.

Eduardo Jardim

Eduardo Jardim
Coordenador dos Programas de
Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas