

IAMARA JACINTHO DE AZEVEDO RIOS

**MÃE E BEBÊ PREMATURO EXTREMO:
POSSIBILIDADE DE VÍNCULO EM SITUAÇÃO ADVERSA**

MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

IAMARA JACINTHO DE AZEVEDO RIOS

**MÃE E BEBÊ PREMATURO EXTREMO:
POSSIBILIDADE DE VÍNCULO EM SITUAÇÃO ADVERSA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção de MESTRE em Fonoaudiologia, sob a orientação da Profa. Dra. Beatriz Cavalcanti de Albuquerque Caiuby Novaes.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

2007

Rios, Iamara Jacintho de Azevedo
Mãe e Bebê Prematuro Extremo: Possibilidade de Vínculo em Situação
Adversa. / Iamara Jacintho de Azevedo Rios. - São Paulo, 2007.
85p.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São
Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia.
Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Novaes.

1. Prematuridade 2. Prematuro 3. Surdez 4. Vínculo I. Título

IAMARA JACINTHO DE AZEVEDO RIOS

**MÃE E BEBÊ PREMATURO EXTREMO: POSSIBILIDADE DE
VÍNCULO EM SITUAÇÃO ADVERSA**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Beatriz C.A.C. Novaes - Orientadora

Profa. Dra. Zelita Caldeira F. Guedes - UNIFESP

Profa. Dra. Suzana Magalhães Maia - PUCSP

Profa. Dra. Beatriz de Castro A. Mendes - PUCSP

Profa. Dra. Marisa Frasson de Azevedo - UNIFESP

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução parcial ou total desta dissertação através de fotocópias ou meios eletrônicos.

Iamara Jacintho de Azevedo Rios

São Paulo, agosto de 2007.

À Professora e Dra. Beatriz Novaes,

Por me acolher em nosso primeiro contato;

Pelo jeito especial de ensinar;

Pela paciência;

Pela atenção;

Pela dedicação pela fonoaudiologia e por nós, orientandas;

E claro, pela sua competência;

Eu só tenho a agradecer

OBRIGADA de coração!

*Ao meu marido, **Marcelo**, por estar sempre ao meu lado, pelo apoio, confiança, cumplicidade e amor. Por tudo que já construímos juntos.*

*Ao meu filho, **Lucca**, razão de nossas vidas, sonho realizado. Obrigada pela companhia em vários dias e noites de estudo, pela compreensão por esses momentos, ao amor e carinho, aos abraços apertados e suas doces palavra. Nós te amamos muito.*

*Aos meus pais, **Hermes e Sueli**, pela confiança e apoio desde a minha decisão pela fonoaudiologia. Pelo amor e carinho de sempre.*

Dedico este trabalho às mães...

AGRADECIMENTOS

Aos meus amigos.

À **Profa. Dra. Suzana Maia**, pelos ensinamentos durante as aulas, pela valiosa colaboração no exame de qualificação, fundamentais para a finalização desse trabalho.

À **Profa. Dra. Zelita Guedes**, por esse jeito especial de ser, pelo sorriso e carinho de sempre, por aceitar compor a banca e pela valiosa colaboração no exame de qualificação.

À **Maria Paula Rios**, pela importante colaboração para que esse trabalho acontecesse.

À **Alissar e Omar**, pela amizade e carinho, sempre. **Yasmin e Sofia**, pelos abraços e beijos com pureza e carinho, adoro vocês.

À **Talita Donini**, por sempre me ouvir e me apoiar nas horas difíceis.

À **Claudia Perrota**, "**Coda**", nem tenho palavras para agradecer a importantíssima colaboração, o carinho e o incentivo. Obrigada mesmo, você é muito especial.

Às amigas **Teca, Fernanda e Paula**, pelas divertidas aulas de Scrapbook e pela importante ajuda na busca das referências para esse assunto.

À **Irene Marchesan** e ao **Jaime Zorzi**, pelo incentivo, pelas oportunidades e pelo carinho de sempre. À toda equipe do CEFAC, muito obrigada por todos esses anos que trabalhamos juntos.

À **Ana Maria Parizzi**, sinto saudades de nossas conversas nos intervalos das aulas, obrigada pelo apoio, carinho e amizade.

À **Patrícia Trinta**, pelo carinho e apoio nas horas em que precisei. Desejo a você sucesso e sorte.

Um agradecimento especial à **Teca**, pela importante ajuda na formatação das fotos.

À **Maria Cristina Melo** que muito colaborou com seu conhecimento.

Aos **serviços hospitalares**, que acreditam na importância da fonoaudiologia hospitalar.

Às **colegas** que iniciaram o trabalho com prematuros, e que colaboraram com o crescimento da profissão.

Aos **bebês e suas famílias**, que apesar de toda a fragilidade de ambos, nos permitiu cuidar e exercer a difícil tarefa de ser terapeuta.

Obrigada a essa dupla maravilhosa, "**Maria e Mateus**", que tornou possível que essa experiência, em um período tão privado, pudesse ser compartilhado neste trabalho.

Agradeço antecipadamente, em nome de todos aqueles que um dia forem tocados por esta história.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - Prematuridade: definição, incidência e cuidados especiais.....	7
1.1 A quem denominamos bebê prematuro	8
1.2 A prematuridade no Brasil e no mundo	11
1.3 A criação de UTINS no Brasil.....	17
1.4 Necessidade de cuidados especiais	19
1.4.1 Cuidados fonoaudiológicos	21
1.5 Mãe e bebê diante do nascimento prematuro	24
CAPÍTULO 2 - Relação mãe bebê à luz de Winnicott	32
2.1 Breve biografia do autor.....	33
2.2 Preocupação materna primária.....	35
2.3 A oferta de <i>holding</i>	41
CAPÍTULO 3 - Maria e Mateus: a história, as páginas do diário e a construção do vínculo	44
Primeiras impressões	49
Era uma vez.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
ANEXO.....	84

RESUMO

O presente estudo trata da relação mãe e bebê prematuro, durante o período de internação prolongada em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Para refletir sobre essa questão, foi realizada uma entrevista com a mãe de um bebê prematuro extremo que fez um registro dos momentos de internação hospitalar, usando para isso um scrapbook - palavra inglesa que significa, literalmente, “livro de retalhos” e que registra uma história minuciosamente, em páginas personalizadas e com uma grande variedade de materiais. A história vivida por ambos, mãe e bebê, aqui denominados Maria e Mateus, nos permitiu elucidar a importância de o fonoaudiólogo contemplar esse vínculo no setting hospitalar, tendo como referência principal aspectos da teoria winnicottiana. Em especial, foram abordados os conceitos de preocupação materna primária e de *holding*, primordiais no momento inicial da vida, caracterizado pelo autor como de dependência absoluta. Por fim, foi possível concluir que, mesmo em uma situação tão adversa, como a internação hospitalar prolongada do bebê, a mãe pode sim desenvolver seu estilo de ser mãe, sendo que cabe a toda equipe de profissionais envolvidos, incluindo o fonoaudiólogo, facilitar a oferta de *holding* em um ambiente que é tão diferente da casa, o que certamente favorece o desenvolvimento de crianças saudáveis, em condições de atravessarem as próximas etapas de amadurecimento.

Palavras-chave: Prematuridade. Prematuro. Surdez. Vínculo.

ABSTRACT

This study examines the relationship between mothers and premature babies, during prolonged hospitalization in a neonatal intensive therapy unit (NITU). To consider the matter, an interview with the mother of an extreme premature baby was conducted. She recorded the hospitalization period using a scrapbook, i.e., a book through which hospitalization history is recorded in details, using customized pages and a wide variety of materials. The history of both mother and baby, here called Maria and Matheus, allowed us to explain the importance of the consideration by the speech pathologist/audiologist of such relationship in a hospital setting, having as main reference the aspects of the Winnicottian theory. The study approached particularly the concepts of primary mother concerns and holding, which are fundamental in the first moments of life, defined by the author as absolute dependency. Finally, the study concludes that, even in such an adverse situation as is baby's prolonged hospitalization, the mother is indeed able to develop her own mother style. Therefore, the entire team of professionals involved, including the speech pathologist/audiologist, is responsible for helping increase the offer of holding in an environment different from home; this certainly supports the development of healthy children, who are able to pass to the next stages of growth.

Keywords: Prematurity. Premature. Deafness. Bonding

INTRODUÇÃO

A escolha do tema desta dissertação se deu a partir do trabalho com bebês prematuros que venho desenvolvendo desde o último ano de graduação. A partir desse momento, comecei a me dedicar não só aos cuidados dessa população como também iniciei os primeiros cursos, aprimoramento e estágio supervisionado. Logo passei a integrar uma equipe multidisciplinar em contexto hospitalar, especificamente em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), que são as UTI dedicadas aos neonatos.

A neonatologia é uma especialidade da pediatria, sendo que, apesar de jovem, tem tido um grande avanço. De fato, as UTINs cada vez mais investem em novas tecnologias, que possibilitam a sobrevivência de bebês bastante imaturos; com isso, a prematuridade e a prematuridade extrema vêm se configurando como as condições clínicas mais freqüentes, levando a quadros bastante delicados, com internação prolongada. Isso exige que a equipe de profissionais envolvidos esteja preparada para lidar com questões complexas, tais como: cuidar de um recém-nascido em condições clínicas muito instáveis, que poderão comprometer seu desenvolvimento futuro; necessidade de o próprio profissional lidar com suas expectativas, sua angústia e impotência em alguns casos e, especialmente, de lidar com mães que se encontram em estado de profundo sofrimento, tristeza e, algumas vezes, culpa (Procianoy e Guinsburg, 2005).

O que mais tem me impressionado nesse trabalho é, justamente, essa angústia vivida pela família, em especial pela mãe, que se vê então separada de seu filho, além de ser surpreendida com todos os procedimentos de emergência necessários para a sobrevivência de um prematuro. Junto com tudo isso existe a expectativa, “a espera fundada em probabilidade” (Figueiredo, 2004), por um dia

mais tranqüilo, pela boa notícia, numa palavra, a espera pela vida, ou de que, seja como for, o filho vá sobreviver. Cada dia é, pois, um dia repleto de emoções.

A literatura tem sido unânime em enfatizar que, nesse momento inicial da vida de um bebê, a presença da mãe é imprescindível (Lupton & Fenwick, 2005), o que nos remete à necessidade de ela ser acolhida por toda a equipe. Vemo-nos então diante de um momento em que se torna primordial promover e incentivar a mãe a falar, a tocar o pequeno corpo de seu filho e, se possível, iniciar a ordenha do leite materno. Com isso, estaremos não só beneficiando o vínculo, mas também transformando essa visita em cuidado da mãe para com o bebê, cuidado esse que, de certa forma, é natural, ainda que cada mãe apresente uma forma particular de atender às necessidades de seu filho.

Para que isso se torne de fato possível, alguns autores sugerem que uma primeira estratégia simples de cuidarmos dos pais na UTIN seria, por exemplo, apresentar-lhes todos os equipamentos, promovendo assim segurança de que o filho tem tudo de que precisa para viver. A partir daí, esses pais podem então voltar-se somente para o bebê, pois saberão que a equipe cuidará da observação dos sinais vitais deste.

Podemos afirmar, então, que atender bebês envolve cuidados específicos, tornando o enquadre terapêutico particular, não só no que se refere à prematuridade, como também aos aspectos ligados à relação mãe e bebê, ao desenvolvimento e às transformações deste. E é nesse contexto que também tem lugar o fazer fonoaudiológico.

O trabalho fonoaudiológico em UTIN tem sido de muita importância, já que objetiva promover a alimentação, o aleitamento materno, muitas vezes o momento mais esperado pela mãe. Para que o bebê consiga chegar a se

alimentar dessa forma, há uma preparação por meio da estimulação não nutritiva e, logo depois, pela estimulação nutritiva, com técnicas específicas. Ou seja, introduzimos o aleitamento materno de acordo com a capacidade de cada paciente.

Esse processo é gradativo e, para que aconteça, o bebê tem de estar clinicamente estável, pois necessitará de reserva calórica para despende mais energia para coordenar sucção, deglutição e respiração. Ao iniciar o trabalho terapêutico, convidamos a mãe a participar efetivamente, sendo que, não raras vezes, é ela quem faz a estimulação de sucção não nutritiva de seus filhos, enquanto o leite ordenhado é oferecido através da sonda orogástrica e/ou nasogástrica.

O trabalho fonoaudiológico nesse contexto visa o desenvolvimento de funções básicas do sistema sensorio motor oral, vital para a sobrevivência, tema esse que tem sido muito estudado nos últimos anos. Porém, as técnicas específicas não são suficientes para atender as demandas do trabalho.

Nessa medida, ressaltamos que, para realizar o atendimento ao bebê, o terapeuta deve não só compreender aspectos relativos ao desenvolvimento, mas também contemplar o ambiente que o cerca, que, na fase inicial da vida, é representado por uma pessoa muito especial, a mãe. É ela quem oferece ao filho a possibilidade de suas primeiras experiências emocionais e, se possível, físicas, para que, aos poucos, ele se constitua como um ser, uma pessoa.

Em razão disso, como fonoaudiólogos envolvidos no trabalho com bebês em UTINs, temos buscado aprimorar nossos conhecimentos no que se refere à relação mãe-filho, pois é a partir daí que o profissional terá suporte para cuidar e atender às necessidades de ambos. É importante ressaltar que, para que

nosso trabalho aconteça, é necessário que também nos voltemos para a mãe, auxiliando-a a vincular-se ao bebê para a ele se dedicar por inteiro.

Um dos autores que tem sido bastante citado na literatura voltada ao tema é Winnicott. Trata-se de um pediatra inglês que se tornou psicanalista e trabalhou fundamentalmente a importância das condições ambientais para o desenvolvimento integrado do ser humano. Em sua obra, enfatiza a relação mãe - bebê, afirmando que a mãe é a pessoa que, naturalmente, sabe identificar e atender às necessidades de seu filho. Esse preceito certamente tem implicações importantes no enquadre hospitalar com prematuros, que se separam de suas mães nas primeiras horas de vida.

Sendo assim, o trabalho fonoaudiológico não pode envolver, somente, as questões da prematuridade; deve considerar, antes, o ambiente em que o bebê está inserido, integrando suas necessidades, pois ele é uma pessoa em formação. Isso significa compreender como nosso paciente se constitui e de que maneira o trabalho fonoaudiológico pode ser transformador sem interferir no processo natural de desenvolvimento do bebê e suas relações com sua mãe e com o meio (Figueiredo, 2004).

E para que cheguemos à alta do bebê, precisamos também proporcionar que a mãe receba alta, ou seja, que possa ir para casa com seu filho, sabendo como cuidar dele com amor, segurança e sem riscos, reconhecendo cada sinal de estresse, seus choros, entre outros.

Diante disso, parece fundamental que o fonoaudiólogo conheça com mais profundidade os sentimentos que essa situação tão adversa desperta nas mães. Sendo assim, o objetivo deste estudo é, justamente, descrever e discutir, à

luz da teoria de Winnicott, o estabelecimento da relação mãe-bebê e os entraves que podem se fazer presentes nos casos de prematuridade extrema.

Para tanto, realizamos uma entrevista com a mãe de um bebê prematuro extremo que fez um registro dos momentos de internação hospitalar, usando para isso um scrapbook - palavra inglesa que significa, literalmente, “livro de retalhos”. Trata-se de um álbum de fotos que conta uma história, em páginas totalmente personalizadas e com uma grande variedade de materiais. No caso da mãe aqui em foco, como se verá mais adiante, encontramos tanto em seu scrapbook como em seu relato pessoal uma descrição minuciosa de como foi se vinculando a seu bebê nessa situação tão adversa para ambos.

A dissertação está organizada da seguinte forma: no primeiro capítulo apresentamos um panorama da prematuridade no Brasil e no mundo, bem como dos cuidados específicos necessários em uma UTIN. No segundo capítulo, trazemos alguns aspectos da obra de Winnicott fundamentais para refletirmos sobre o vínculo mãe-bebê. O terceiro capítulo aborda tanto a escolha e o percurso metodológico quanto apresenta trechos da entrevista e recortes do scrapbook, que são analisados tendo como referência primordial conceitos da teoria winnicottiana. Finalizamos ressaltando a importância de o fonoaudiólogo contemplar a relação mãe-bebê no atendimento hospitalar.

CAPÍTULO I

Prematuridade: definição, incidência e cuidados especiais

...Eles são pequenos, fracos, algumas vezes irritadiços; porém, apresentam uma grande vitalidade. Seus movimentos são incoordenados, eles choram, provavelmente porque sentem dores às manipulações invasivas. Esses bebês deveriam estar acomodados dentro do útero de suas mães por mais tempo, e não em uma caixa de acrílico, que, embora aquecida, está longe de oferecer o aconchego, o movimento e o barulho da barriga da mamãe.

1.1 A quem denominamos bebê prematuro

Iniciamos definindo a palavra prematuro que, segundo o dicionário, é de origem latina: “*praematurus*”, de *prae*, que significa antes, e *maturus*, maduro.

De fato, para a clínica médica, o bebê prematuro não completou o processo de maturação biológica e merece, portanto, uma atenção especial e adequada às suas necessidades. Deve então seguir um processo de amadurecimento em um mundo diferente daquele no qual vive o bebê que cresce no útero materno. Afinal, nele a temperatura é ideal, não é preciso respirar, pois a placenta oferece o oxigênio necessário, como também o alimento, não há o efeito da gravidade, nem luzes fortes e sons intensos, e o sistema nervoso não tem de responder a estímulos sensoriais (Barbosa, 2004).

Desde 1961, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que recém-nascido prematuro é aquele que nasce com peso inferior a 2500g e antes de 37 semanas de gestação, sendo que, segundo a idade gestacional, ele pode ser classificado como:

- **Prematuro limítrofe:** entre 37 e 38 semanas, em geral sem complicações importantes;

- **Prematuro moderado:** entre 31 e 36 semanas;
- **Prematuro extremo:** entre 24 e 30 semanas, sendo que estes apresentam maior instabilidade clínica, especialmente os menores de 27 semanas.

A maioria dos estudos corrige as idades para prematuridade, calculando-as a partir da data esperada para o parto a termo. Com isso, o desenvolvimento é visto como uma função da idade de concepção (Beek e Samson, 1994).

No caso de desenvolvimento motor, resultados de diferentes estudos dão suporte para a validade do uso de idades corrigidas (Forslund e Bjerre, 1985).

Para se calcular a idade gestacional, quando o bebê nasce, são observadas então algumas características externas, tais como:

- Textura da pele;
- Lanugem (característica da pele);
- Consistência das orelhas;
- Presença de pregas nas plantas dos pés;
- Aspecto das genitálias;
- Tamanho do mamilo.

E há também parâmetros que permitem avaliar futuros problemas. Assim, um bebê que é significativamente prematuro e tem um peso muito baixo para sua idade gestacional enfrenta um risco mais sério do que um bebê da mesma idade gestacional, mas com peso apropriado para idade (Mussen et al, 1990; Beek e Samson, 1994). O primeiro pode apresentar maior dificuldade para o controle postural e nas habilidades motoras finas (Piper, Byrne, Darrah e Watt, 1989; Oliveira et al, 2003). Em geral, os riscos para uma variedade de seqüelas

no desenvolvimento são maiores para os bebês que pesam menos de 1.500 g ao nascimento (Bataglia e Simmons, 1978; Allen, 1984; citados por Mussen et al, 1990), os quais têm sido denominados muito baixo peso.

Um bebê prematuro extremo, com 23 semanas de idade gestacional e com peso de 500g, é hoje considerado viável em termos de desenvolvimento (Wolke, 1991; Rugolo, 2005). Porém, tende a ter um maior número de problemas médicos logo cedo, como também uma maior incidência de atraso no desenvolvimento e mais problemas na sua infância (Creasey, Jarvis, Myers, Markowitz e Kerkering, 1993; Rugolo, 2005; Camelo Jr e Martinez, 2005).

Complicações médicas, peso ao nascer e a idade gestacional estão, portanto, freqüentemente associados. Nessa medida, quanto menor o tempo de gestação e menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de complicações médicas adicionais (Oliveira et al, 2003).

Somam-se a isso diversas características parentais, tais como o nível de educação materna e o nível sócioeconômico e cultural da família, que também contribuem ou não para o desenvolvimento do bebê prematuro (Sameroff e Chandler, 1975; Scochi et al, 2003).

Recentemente, progressos consideráveis têm sido feitos nos cuidados de bebês extremamente prematuros e nos bebês intermediários, cujas idades gestacionais variam entre 30 e 33 semanas, e os pesos ao nascer estão, pelo menos, na média para suas idades - aproximadamente 1500g ou mais com 30 semanas, e 2000g ou mais com 33 semanas. Quando eles recebem cuidados intensivos altamente especializados, não apenas sobrevivem como também podem se desenvolver normalmente (Battaglia e Simmons, 1978; Allen, 1984; citados por Mussen et al, 1990).

1.2 A prematuridade no Brasil e no mundo

Nos últimos 30 anos existiu e ainda existe, uma revolução na neonatologia, com a sobrevivência crescente de bebês cada vez mais prematuros e daqueles portadores de más-formações, antes consideradas incompatíveis com a vida.

As pesquisas têm propiciado tanto conhecimento que é possível cuidar simultaneamente dos problemas comuns nos prematuros, como respiratórios, cardiovasculares, infecciosos, metabólicos, nutricionais, e também dos quadros neurológicos dos recém-nascidos doentes, em ambiente altamente especializado das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Nessas unidades encontramos profissionais capacitados de forma específica para o desafio de dar a melhor assistência a esses pequenos e frágeis pacientes. Por outro lado, a sobrevivência desses bebês prematuros impõe um desafio quase intransponível: “A missão de devolver às famílias e à sociedade uma criança capaz de desenvolver, de maneira plena, o seu potencial afetivo, cognitivo e produtivo” (Procianoy e Guinsburg, 2005, pp.1-2).

De fato, a literatura nos mostra que a sobrevivência de bebês prematuros pode apresentar seqüelas desde horas após o nascimento, durante o período de internação, devido a sua profunda fragilidade, como também ao longo de sua vida escolar. Com isso, as áreas da saúde, como obstetrícia, neonatologia, enfermagem, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, entre outras, têm se interessado pelo tema.

Todos os anos nascem no mundo 13 milhões de bebês prematuros¹, a maior parte em países em desenvolvimento, contribuindo na proporção mais extensa da morbidade e mortalidade peri-natal (Althabe et al, 1999).

Athabe et al (1999) nos mostram em seu estudo um panorama das incidências de nascimentos prematuros, antes de 37 semanas de gestação, em distintas regiões:

América Latina - 1981 a 1990	7,7%
África - 1981 a 1989	9,9%
Ásia - 1979 a 1984	9,3%
América do Norte - 1991	10,6%
Europa - 1976 a 1988	5,9%
Antiga URSS - 1986	9,2%
Oceania - 1984 a 1986	5,8%

Segundo Althabe et al (1999), Buchmayer et al (2004), Haas et al (2005), Giglio et al (2005), há algumas razões para a existência do parto prematuro, que são os denominados fatores de risco, como: idade materna menor que 20 anos e maior que 35 anos; trabalho materno que exija esforço físico; nível sócioeconômico baixo; gestação múltipla; mãe fumante e/ou que consuma álcool e/ou drogas; pré-natal pouco cuidadoso; doença crônica da mãe (asma e diabetes); atividade física intensa e infecção intra-uterina. Nessa medida, os autores colocam que é importante a expansão da saúde pública para com os cuidados da mulher grávida, para assim se reduzir a incidência de partos prematuros¹.

¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS) define prematuridade entre 20 e 37 semanas gestacionais.

No Brasil, de fato, a mortalidade neonatal, a prevalência de baixo peso ao nascer e a prematuridade estão relacionadas à carência de procedimentos rotineiros e básicos na assistência à gestante, como consultas pré-natais. Outros fatores, como idade, estado civil e escolaridade da mãe, a ordem de nascimento do filho também são apontados como de risco para baixo peso e prematuridade, dados esses destacados em várias pesquisas, tanto nacionais como internacionais.

A situação é mesmo alarmante. Cerca de 7,1 milhões de crianças, em todo o mundo, morrem a cada ano no primeiro ano de vida. Metade dessas mortes ocorre no período neonatal², sendo que, nesse período, 75% dos óbitos se dão na primeira semana e 40% nas primeiras 24 horas de vida. Aproximadamente 98% de todas as mortes neonatais ocorrem em países em desenvolvimento (Giglio et al, 2005).

São várias as causas de morte entre os recém-nascidos (RN), como: infecções, asfixia de parto, anomalias congênitas e complicações relacionadas à prematuridade. No entanto, o Baixo Peso ao Nascer (BPN), ou seja, inferior a 2.500 g, responde por uma parcela significativa das mortes neonatais - cerca de 40 a 70%. Em países industrializados, o nascimento pré-termo é responsável por 70% da mortalidade neonatal e 75% da morbidade neonatal.

No caso do Brasil, há alguns estudos significativos. Segundo Giglio et al (2005), a cidade de Goiânia apresenta uma população de 1.093.007 habitantes, dos quais 105.100 são crianças menores de cinco anos de idade com coeficientes de mortalidade infantil e neonatal de, respectivamente, 16/1000 e 11/1000 habitantes e incidência de BPN (Baixo peso ao nascimento) de 6,8%. A grande

² A neonatologia se ocupa dos bebês desde o nascimento até 28 dias de idade, quando eles deixam de ser nomeados *recém-nascidos* e passam a ser *lactentes*.

parcela do componente neonatal para o coeficiente de mortalidade infantil coloca esse período como prioridade das políticas de saúde quando se pretende reduzir o coeficiente de mortalidade infantil nesse município.

Para atingir esse alvo, ainda segundo os autores, a estratégia é o estudo do peso ao nascer, que é, isoladamente, o principal fator associado ao risco de morte no período neonatal. Trata-se de um complexo processo resultante de uma série de fatores - biológico, social e ambiental. O peso ao nascer é um preditor da probabilidade de sobrevivência nos primeiros 28 dias de vida.

Os coeficientes de mortalidade são usados como indicadores da qualidade de assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido de uma dada população. Por outro lado, a probabilidade de sobrevivência neonatal permite formular prognóstico e orientar condutas obstétricas ante-natais diante da necessidade de se interromper uma gestação de alto risco.

Ainda nesse estudo, Giglio et al (2005) encontraram em Goiânia uma incidência de baixo peso no nascimento de 6,9%, sendo esta média melhor que a nacional. A estimativa corrigida de BPN para o país em 1996 foi de 8,5%, com variações de 7,8% (região sul) a 9,4% (região centro-oeste), podendo os dados da região Norte e Nordeste estarem subestimados, devido aos altos índices de subnotificação. Para os países subdesenvolvidos, a média mundial para o BPN tem sido de 18%; já para os desenvolvidos tem sido de 6%.

No Estado de São Paulo, segundo estudo de Kilsztajn et al (2003) sobre a taxa de mortalidade infantil, no ano de 2000, nove (9) entre dez (10) óbitos neonatais ocorreram por Afecção do Período Peri-natal. A prevalência de baixo peso e/ou pré-termo entre nascidos vivos, por sua vez, foi de 12%. Particularmente para baixo peso ao nascer (incluídas as crianças

simultaneamente baixo peso e pré-termo), o estudo registrou prevalência de 8,8%, número consistente com os resultados de Monteiro et al (apud Kilsztajn et al, 2003) para a cidade de São Paulo. Para análises comparativas, deve-se considerar que países em desenvolvimento caracterizam-se pela elevada prevalência de baixo peso ao nascer.

O risco relativo de óbito neonatal por APP no Estado de São Paulo, em 2000, para crianças com baixo peso e/ou pré-termo era 48 vezes o risco de óbito neonatal por APP de crianças nascidas com peso maior ou igual a 2.500 g e duração da gestação maior ou igual a 37 semanas. Na cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul, em 1993, o baixo peso ao nascer também foi considerado o fator de mais alto risco para a mortalidade neonatal precoce.

Quanto à assistência ao recém-nascido com APP, esta apresenta elevados custos financeiros, sendo que a demanda por tecnologia sofisticada poderia ser reduzida se houvesse um adequado monitoramento da mulher durante a gestação, identificando e reduzindo os riscos na gravidez e no parto. Além disso, com o aumento da cobertura do pré-natal podem-se proporcionar resultados para a redução da prevalência de baixo peso e/ou prematuridade, enquanto os fatores de ordem demográfica e psicossocial (idade, estado civil e escolaridade da mãe) e obstétrica (ordem de nascimento dos filhos) necessitam de mediação.

Ainda no estudo de Kilsztajn et al (op. cit.), encontramos que o número de consultas pré-natais foi significativamente menor para mães com menos de 20 ou mais de 34 anos e, principalmente, para mães com 0 a 7 anos de estudo e não-casadas em relação às respectivas categorias psicossociais.

Em estudo na cidade de São Paulo, Monteiro et al (apud Kilsztajn et al, op. cit.) também apontam a relação inversa entre o número de consultas pré-natais e a renda familiar per capita (a renda, vale lembrar, está altamente associada à escolaridade no Brasil).

Constata-se, então, que a assistência médica pré-natal ainda é bastante precária no Estado de São Paulo.

Através de dados colhidos pelo Ministério da Saúde, em 2004, tivemos no Brasil 3.026.548 nascimentos. O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)³ oferece os dados sobre os nascimentos de todos os estados brasileiros. A proporção de mães que referiram ter feito sete ou mais consultas de pré-natal vêm aumentando nos últimos anos. Eram 43,7% em 2002 e 52% em 2004, sendo que nas regiões Norte e Nordeste encontrou-se o menor percentual de realizações de sete ou mais consultas. No Acre e Amapá encontraram-se as maiores proporções de mães que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal. E, ainda, Acre e Roraima apresentam piora de 2002 para 2004.

Também se observou no Brasil um aumento na proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, inferior a 2.500g - 8,2% em 2004 e 7,6% em 2000. E entre as regiões brasileiras, as regiões sul e sudeste apresentam as maiores proporções, sendo Minas Gerais quem apresentou a maior proporção, 9,6%.

A prematuridade, ou seja, nascidos vivos prematuros (duração da gestação inferior a 37 semanas), permaneceu estável na Brasil desde 2000, com uma média de 6,6%. As maiores proporções de prematuros foram observadas no Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal.

³ Este Sistema pertence ao Ministério da Saúde, sendo gerenciado pela secretária de Vigilância em Saúde

Outro fator referido em muitos estudos nacionais e internacionais é a gravidez na adolescência. No Brasil, o número de mães adolescentes, de 10 a 14 anos, diminuiu entre 2000 e 2004 - foram 26.276 nascidos vivos de mães adolescentes, de 10 a 14 anos, em 2004 e 28.973 em 2000. Em cada mil adolescentes brasileiras, 2,9% tiveram um filho em 2004.

Sobre gastos para a Saúde Pública no que se refere à prematuridade, estudos realizados nos Estados Unidos estimam que os gastos adicionais com saúde, educação e cuidados gerais até os 15 anos dessas crianças teria sido de US\$ 6.000 milhões em 1988. Entre os nascidos prematuros com peso abaixo de 1.500g, que constituem cerca de 1% dos nascimentos, o custo da parte médica até o primeiro ano de vida seria por volta de US\$ 60.000 (Althabe et al, 1999).

No Brasil não há ainda estudos que quantifiquem os gastos com a saúde dos prematuros - o que encontramos são informações e análises sobre a criação de UTINs.

1.3 A criação de UTINS no Brasil

Segundo de Souza et al (2004), as primeiras unidades de terapia intensiva pediátrica foram inauguradas na década de 70 – no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, 1971, e na Universidade de São Paulo, em 1974.

No instituto da Criança “Professor Pedro de Alcântara” do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), já na década de 60 havia sala de atendimento pediátrico intensivo, anexa ao pronto socorro do instituto central do Hospital das Clínicas, onde crianças mais graves

eram atendidas pelos médicos plantonistas sem formação específica para o atendimento intensivo.

Nesse estudo, pioneiro na busca por melhor qualidade na assistência intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo⁵, os autores observaram que há uma distribuição desproporcional das unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal nos cinco Núcleos Regionais de Saúde. Houve também uma distribuição desproporcional entre unidades de terapia intensiva pública e privada e entre neonatais e pediátricas.

Barbosa (2005) refere que a terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil experimentou um grande desenvolvimento nos últimos vinte anos, de certa forma acompanhando a tendência mundial. No entanto, o que se observa hoje é que o crescimento ainda continua ocorrendo sem um planejamento adequado. O mesmo autor refere que vários fatores podem ser apontados para explicar essa situação, destacando-se por grupo de problemas os seguintes:

- 1) **Falta de equidade:** o grande investimento necessário para abertura das UTIN, tanto do ponto de vista dos recursos materiais quanto da formação de recursos humanos, levou a uma maior concentração em regiões mais desenvolvidas e ricas, fenômeno esse observado em nível nacional, estadual e até mesmo municipal;
- 2) **Acesso limitado:** a falta de planejamento tanto do setor público como do privado levou à desigualdade na oferta de leito, normalmente com excesso no setor privado e falta e/ou carência no setor público, de acesso universal;
- 3) **Estrutura desigual:** a normalização oficial para o setor é relativamente recente e confusa, coexistindo normas que permitem o funcionamento de unidades antigas, mas sem estrutura adequada, com normas tão idealizadas e

bem intencionadas, que viabilizam a abertura de novos serviços. Tudo isso, aliado à falta de informações confiáveis sobre o sistema e a uma fiscalização precária, mostra o retrato da realidade atual.

1.4 Necessidade de cuidados especiais

Desde o nascimento antes do tempo até a data inicialmente esperada para o parto, o prematuro é comparado com o feto da mesma idade gestacional. O repertório dos movimentos espontâneos e a qualidade desses padrões mostram características similares, tanto no útero como no ambiente extra-uterino (Prechtl, Fargel, Weinmann e Bakker, 1979).

Porém, quando comparados com recém nascidos a termo com a mesma idade, bebês prematuros têm os estados de sono mais desorganizados, um estado de atividade menor e choro diminuído; também apresentam menos capacidade de serem consolados através da sucção (Lupton e Fenwick, 2001; Ferraz, 2003).

Quando o prematuro saudável atinge a idade equivalente a um bebê a termo, ocorre uma redução da hipotonicidade e o nível de atividade tende a aumentar. Entretanto, tremores excessivos e sustos podem estar ainda presentes (Ferrari et al, 1983; Paludetto, Rinaldi e Mansi, 1984).

Assim, devemos sempre lembrar que o prematuro não é simplesmente uma versão pequena do recém-nascido a termo, e mesmo quando saudável pode não adquirir completamente a flexão completa esperada para um bebê (Carter e Campbell, 1975). No geral, os prematuros também mostram atividades

diminuídas, como mão à boca, possivelmente devido à flexão reduzida (Paludetto, Rinaldi e Mansi, 1984).

Autores referem que, além do monitoramento do nível de atividade do bebê prematuro, deveria ser dada mais atenção para os estados de comportamento sono/vigília, como um índice de maturação do sistema nervoso central. A desorganização desses estados no período neonatal tem sido associada a dificuldades na interação pais-bebê e a problemas de desenvolvimento (Thoman, 1975; Scochi et al, 2003; Pêgo, 2005).

A regulação do sono/vigília é essencial para a expressão de comportamento coerente, sendo que um pobre controle nesse aspecto pode tornar os prematuros menos aptos às demandas do ambiente pós-natal. Em outras palavras, a regulação desses estados pode agir como um parâmetro de controle para outros fatores do desenvolvimento. Por exemplo, períodos de alerta prolongados e distintos incapacitam o bebê prematuro a interagir com sucesso com o ambiente. Ao contrário, a falta de comportamento de autocontrole resulta em choro persistente, inibindo desta forma alguns processos de desenvolvimento.

Prechtl e cols. (1979) mostram que antes de 36 semanas de idade gestacional foram observados períodos curtos de olhos abertos, que duravam até cinco minutos em prematuros saudáveis.

Após essa idade, tendem a ocorrer períodos contínuos de olhos abertos similares àqueles observados em bebês a termo (Klaus e Klaus, 2001).

A tranqüilidade da transição de um estado para o outro reflete a habilidade do bebê para modular e organizar o comportamento com o objetivo de interagir com o ambiente (Als, Tronick, Lester & Braselton, 1979; Klaus e Klaus, 2001).

No caso de prematuros, a organização do estado comportamental é imatura e menos organizada (Gorski, dvaision & Braselton, 1979). Ou seja, eles são menos capazes de orientar-se para o estímulo e permanecer mais tempo no estado de alerta e em transição do sono para o acordar do que o bebê a termo. Por isso, tem sido sugerido na literatura que se façam intervenções que possam trazê-los para estados de comportamento que aumentem suas habilidades interativas e fisiológicas (MacCain, 1992).

1.4.1 Cuidados fonoaudiológicos

Em geral, o ambiente hospitalar no qual o bebê prematuro será acolhido após o nascimento, possivelmente permanecendo nele por um longo tempo, é a UTI neonatal. A incubadora, comumente chamada “isolete”, é o lugar em que o prematuro finalizará sua maturação, sendo então mantida e monitorada sua temperatura corporal, por meio de eletrodos colados em seu corpo, e os sinais vitais, como frequência cardíaca e respiratória. Em alguns casos, é necessário que o bebê permaneça em respirador artificial, pois não possui condições fisiológicas para realizar essa função. O suporte calórico, protéico e hídrico endovenoso também fará parte da rotina necessária à sobrevivência do bebê, já que não será possível a alimentação oral por algum tempo.

Dentre as alterações que acometem os prematuros, as questões nutricionais e de alimentação são freqüentes e merecem atenção nos cuidados a eles dedicados. Já que estão, na maioria das vezes, impedidos de receber alimentação por via oral nas primeiras semanas após o nascimento necessitam da alimentação pela sonda.

Nessa medida, Hernandez (1996) afirma que a atuação específica da fonoaudiologia é imprescindível na promoção da capacidade de o bebê se alimentar por via oral de maneira segura, sendo que, dentre os recém-nascidos de risco, os prematuros são os que comparecem em maiores índices nas requisições de terapia fonoaudiológica para adequação dessa função.

Ainda segundo o autor, diversos estudos têm apontado os efeitos positivos do uso concomitante da sucção não-nutritiva e da alimentação por sonda no desenvolvimento dos prematuros. Esse procedimento tem efeitos positivos sobre a modulação de estado no bebê prematuro, além de ser referido como responsável pela diminuição de irritabilidade, do choro, da frequência cardíaca, características do estado inativo (acordado e alerta).

Nos últimos 20 anos, de fato, com a intervenção fonoaudiológica, através da estimulação da sucção não nutritiva, os bebês prematuros apresentam melhor padrão de sucção. Porém, nos prematuros extremos, que necessitam mais tempo de intervenção invasiva respiratória, observa-se a inconsolabilidade e recusa de estímulo oral, como a sucção (Rios, 2003, pp. 83-87).

Na prática fonoaudiológica, a sucção não nutritiva também é utilizada para treinar a coordenação sucção/ deglutição/ respiração, para proporcionar uma alimentação segura e funcional para esse bebê prematuro. Com esse treino é possível também aproximar a mãe e incentivá-la a amamentar assim que seu filho estiver em condições para isso.

A alimentação é um fator importante para os prematuros e tem sido bastante abordada na literatura. Esses bebês apresentam muita dificuldade para se alimentar e isso normalmente é feito através de sonda orogástrica e/ou nasogástrica, tanto para ganhar peso como para sustento da vida.

Experimentando a estimulação desprazerosa da intubação orotraqueal e uma impossibilidade de sugar, a cavidade oral apresenta-se para a alimentação com uma hipersensibilidade e uma incoordenação para fazer uso da ingestão do leite. Com isto, eles também acabam muitas vezes privados da sensação normal dos líquidos na boca (Anderson, 1986; Rios, 2003; Pêgo, 2005).

A mudança da alimentação de sonda para via oral é, portanto, um passo fundamental e essencial para o crescimento e desenvolvimento do bebê como também para a constituição do vínculo mãe-bebê e para a alta hospitalar (Ferraz, 2003; Rios, 2003; Pêgo, 2005).

Quanto mais cedo isto é alcançado, mais cedo o bebê experimenta a alimentação natural e se engaja em uma seqüência de interação com a mãe e com o ambiente. É também mais confortante para os pais saberem que seu filho já é capaz de receber alimentação normalmente, sendo esse um momento muito esperado por todos (Hernandez, 1996; Ferraz, 2003; Rios 2003; Pêgo, 2005).

Para que a alimentação por via oral, ou seja, a amamentação, aconteça temos uma seqüência a seguir quanto à terapia fonoaudiológica. A atuação prioriza cuidado em relação ao sistema sensório motor-oral, que seria a possibilidade da alimentação por via oral, já que a maioria, como foi dito anteriormente, necessita de sonda para alimentação. São realizados os procedimentos de estimulação dos reflexos orais do bebê, como reflexo de procura e/ou busca, seguido do reflexo de sucção, já com o estímulo (dedo enluvado e/ou chupeta) na cavidade oral; logo após grupos de sucção, o reflexo de deglutição também será deflagrado. Tudo isso acontece enquanto o leite é administrado pela sonda. Esse procedimento pode ser inicialmente acompanhado pela mãe, sendo que, com o tempo, ela mesma poderá realizar esse estímulo

durante os horários de mamada em que a terapeuta não estiver presente, objetivando assim uma maior autonomia e segurança nos cuidados, além de facilitar o vínculo mãe-bebê.

Ainda quanto à mãe, o fonoaudiólogo deve acolhê-la e explicar não só como ela deve estimular seu bebê, mas também os cuidados que precisa ter para não estressá-lo, com excesso de estímulos. Também é importante dizer que é através da sucção não-nutritiva que poderemos possibilitar uma sucção nutritiva segura, funcional e prazerosa, que é a amamentação.

Para que mãe e bebê alcancem à alta fonoaudiológica, ambos precisam estar em sintonia, principalmente durante a amamentação. O bebê precisa estar bem clinicamente e ganhando peso dia-a-dia, e a mãe precisa estar segura e confiante de que tem condições de realizar a tarefa natural de cuidar de seu filho.

1.5 Mãe e bebê diante do nascimento prematuro

O parto prematuro é permeado pela urgência e envolve um trauma tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. É depois de dar à luz que essa mulher será denominada mãe; mas, para que ela possa assim se constituir e se apropriar de seu bebê, precisará percorrer um longo caminho.

De fato, na maioria das vezes a mulher não está preparada para essa situação inesperada. Sendo assim, inicialmente, prevalecem sentimentos de culpa, de medo e perda, em função da separação que se impõe logo ao nascimento e de todas as dificuldades enfrentadas com a hospitalização do bebê,

necessária quando a prematuridade é extrema (Athabe et al, 1999; Padovani et al, 2004).

Para que possa começar a se aproximar de seu prematuro, a mulher precisará lidar, então, com o impacto causado por esse tipo de parto, sendo que os primeiros contatos com o bebê deverão ser intermediados pela equipe (Shenk, Kelley e Schenk, 2005).

Num primeiro momento, esses contatos estão dificultados, pois mãe e bebê são submetidos a uma série de restrições em função da imaturidade e instabilidade do recém-nascido e dos cuidados necessários para a sobrevivência deste. Há uma interrupção abrupta que instaura muitos conflitos com os quais a mãe terá de lidar, o que, inicialmente, pode paralisá-la diante de uma cena muito complicada e angustiante: a separação que se impõe logo ao nascimento, com a apresentação de um bebê que não consegue responder a seus apelos de contato e que ela necessita compartilhar com os muitos profissionais que detêm um saber em relação à sobrevivência de seu filho. E, ainda, essa mãe tem de lidar com as possibilidades da perda e/ou possíveis seqüelas do bebê.

De fato, no contexto da prematuridade e internação prolongada, essa questão vai permear o contato, pois inicialmente o bebê apresenta um estado clínico grave, enquanto a mãe não consegue se colocar como fonte de vida, enfrentando vários entraves para estabelecer um contato inicial com ele (Sousa et al, 2004).

No entanto, a qualidade da interação mãe-bebê, que há vinte anos vem sendo o principal foco de estudos do prematuro e dos grupos de bebês de alto risco, tem se mostrado um mediador importante para os resultados dos eventos peri-natais, como os biológicos e aqueles referentes ao atraso do

desenvolvimento. A relação mãe-bebê tem sido vista como imprescindível para promover e otimizar o crescimento e desenvolvimento do bebê e também para encorajar o amor inicial próprio dessa relação (Singer et al, 2003; Schenk, Kelley e Schenk, 2005).

Diante de questões tão graves e delicadas, imediatamente surge a idéia de que, para que haja uma “boa mãe”, é necessário um bom ambiente, um ambiente que proporcione o desenvolvimento do apego entre a dupla.

No caso da hospitalização nas primeiras horas de vida, Lupton e Fenwick (2001) ressaltam a importância do *setting*, e advertem que a interação entre mãe e bebê será construída dentro da possibilidade de cada díade, que é individual e depende da condição emocional da mãe, de sua aceitação do que ocorre com seu bebê, do ambiente, da equipe de profissionais; enfim, de todo contexto em que ambos estão inseridos. Eles terão de descobrir um caminho de aproximação e contato, o que promoverá a constituição e o desenvolvimento do bebê enquanto sujeito.

Ao contrário de mães de bebês normais, que desenvolvem a maternagem em seu meio social, em sua casa e em lugares privados, as mães de bebês prematuros que são hospitalizados desde o nascimento têm de desenvolver a maternagem em uma área pública, todos os momentos do dia, durante semanas ou até meses.

Há de se considerar também que, no início da internação, toda a situação estará permeada por uma alta tecnicidade e precisão, que permite aumentar os limites de viabilidade desses recém-nascidos. Mas é preciso atenção para que a técnica não se sobreponha ao contato mãe-bebê, que é sempre

particular (Athabe et al, 1999; Lupton e Fenwick, 2001; Shenk, Kelley e Schenk, 2005).

A assistência aos pais e a participação da família nos cuidados hospitalares desses neonatos têm sido prioridade em alguns serviços de neonatologia. O longo período de internação dos bebês e a privação do ambiente aumentam o estresse da mãe e familiares, o que pode prejudicar o estabelecimento do vínculo. O bebê necessita da mãe, pois ele não existe sozinho; portanto, as habilidades e/ou dificuldades dela ou de quem assume os cuidados do bebê tornam-se integrantes da assistência à saúde. Os pais dos bebês prematuros e os de bebês de muito baixo peso, inclusive, são considerados como população de risco, por apresentarem dificuldades para cuidar dos filhos, necessitando de apoio durante a internação e algumas vezes após a alta hospitalar (Scochi et al, 2003).

Scochi et al (2000) ressalta a importância dos cuidados maternos e da permanência das mães junto aos filhos durante a hospitalização deles, apresentando reflexões sobre a influência e danos da separação mãe-bebê nesse período.

A separação dos pais em decorrência da internação do neonato na UTIN faz com que sintam medo e estresse, pois estão sensíveis e inseguros quanto à vida de seu pequeno e frágil filho. Referem sentimentos contraditórios, como culpa, por se sentirem responsáveis pelo sofrimento da criança, e, ao mesmo tempo, manifestam esperança e resignação (Scochi et al, 2003; Lupton e Fenwick, 2001).

O choque pela hospitalização de um bebê prematuro pode ser compreendido quando observamos os pais serem confrontados com um ambiente

estressante e confuso, impotentes para assumir os cuidados com seu filho que apresenta risco de vida. Esses sentimentos podem ser atenuados ou reforçados de acordo com a oportunidade que eles têm de participar, de alguma forma, dos cuidados de seu filho (Scochi et al 2000; Lupton e Fenwickl, 2001).

De acordo com vários estudiosos, o estabelecimento do vínculo pode ser prejudicado pela falta de oportunidade da mãe em interagir com seu filho. O vínculo se desenvolve desde a vida intra-uterina e é fundamental o contato entre mãe e filho nos momentos iniciais da vida pós-natal (Scochi et al, 2003; Shenk, Kelley e Schenk, 2005).

Nessa perspectiva, a enfermagem ou um membro da equipe neonatal deve facilitar as oportunidades de contato precoce entre pais e bebês prematuros, visando estabelecer o vínculo, tendo em mente que esse processo é gradual e que pode levar mais tempo do que os primeiros dias ou semanas do período pós-natal. Mais uma vez devemos lembrar que esse processo é individual (Scochi et al, 2003; Lupton e Fenwickl, 2001).

O fato de não poder pegar o bebê no colo, aconchegá-lo, acariciá-lo e embalá-lo é muito frustrante para a mãe. Quando já é possível tocá-lo e acariciá-lo dentro da incubadora, muitas delas se amedrontam diante da situação. Esse medo se justifica pela auto-estima afetada, pelo ambiente da UTIN e pela falta de autoconfiança na capacidade de criar o filho. Os sentimentos de amor e carinho da mãe pelo bebê também são despertados através do contato visual (Klaus e Kennell, 1995). No entanto, podemos promover outras maneiras de entrosamento e/ou contato mãe-bebê, como: retirar sempre que possível o protetor ocular⁴, quando em uso, e tentar promover o contato olho-no-olho. Sendo assim, esses

⁴ Quando o bebê se encontra na incubadora sob um foco de luz, que é a fototerapia, é necessário que tape os olhos para que não haja problemas de retina (Manual Merck, 2004).

pais merecem atenção especial dos profissionais que atuam na área, particularmente da equipe de enfermagem que tem maior oportunidade de contato com eles e pode promover situações favorecedoras; afinal, são as enfermeiras que cuidam diretamente desses frágeis bebês.

Nessa medida, segundo Scochi et al (2003), a equipe de enfermagem deve ter uma boa aceitação da entrada da mãe na UTIN, por tempo indeterminado, para que assim ela possa desenvolver os cuidados básicos para com o filho; essa presença também promove segurança a essa mãe e o vínculo com o bebê.

O autor lembra que, em seu primeiro contato com a família, a equipe de enfermagem deve procurar apoiá-la e informá-la sobre os equipamentos que cercam o seu filho, incentivando o contato pele-a-pele, toque e fala, ficando ao seu lado durante a visita. O neonatologista informa a condição clínica do neonato, bem como fornece explicações sobre as alterações clínicas e equipamentos utilizados na assistência neonatal de alta complexidade (Scochi, 2000; Scochi et al, 2003).

A permanência dos pais junto aos bebês de risco precisa ser, portanto, liberada; cabe assinalar que é um direito de cidadania, garantido pelo estatuto da criança e adolescente (Ministério da Saúde BR, 1991).

Ainda em Scochi et al (2003) encontramos que deve ser também liberada a visita para avós e irmãos do bebê prematuro, incentivando o contato dos familiares e fortalecendo esse vínculo. É muito importante que a família apóie esses pais nesse momento de tanta dor e sofrimento.

Outra forma de tornar os pais mais próximos do filho, além de personalizar a unidade do bebê, é a identificação do leito com o nome deste.

Também é comum a solicitação da equipe para que os familiares tragam um brinquedo de plástico lavável para ser colocado na incubadora, bem como luvas, toucas e sapatinhos, desde que a condição clínica assim o permita.

É recomendado, ainda, que os pais tenham acesso, durante a internação de seus filhos, a grupos de apoio e de discussão, ou a palestras proferidas por pessoas que já passaram pelas mesmas experiências. Esses relatos podem proporcionar apoio e alívio por terem a oportunidade de ouvir, conversar, expressar e comparar seus sentimentos mais íntimos (Klaus e Kennell, 1995).

Por fim, a amamentação é uma contribuição para o bem estar do bebê prematuro e fornece à mãe um caminho para se sentir como parte de um “time”. Algumas mães sentem muito prazer em ordenhar o leite para seu filho, pois esse é um cuidado que só elas podem dedicar para o seu bebê (Scochi et al 2003).

O processo de apego ocorre imediatamente ao nascimento e cada mãe possui uma maneira de afetuar-se ao seu filho. Logo nas primeiras horas que segue o nascimento, ocorre o período materno sensitivo, quando se inicia a reciprocidade entre mãe e filho; isso assegura o desenvolvimento do apego. Os efeitos desse período no ser humano podem resultar na construção do sistema de comportamento genético, sendo que o repertório da mãe pode ser modificado de acordo com o comportamento do bebê, a cada sucção, olhar e/ou movimento do corpo (Huckabay, 1999).

Há, ainda, um outro recurso que tem sido utilizado no ambiente hospitalar e que já tem sido abordado na literatura. Trata-se de apresentar uma foto do prematuro nas primeiras horas de vida para a mãe que ainda não pôde vê-lo, o que fortaleceria o comportamento de apego, pois quanto mais a mãe pensa

em seu bebê mais forte será o vínculo (Gaito, 1963; Klaus e Kennell, 1982; Huckabay, 1999).

No capítulo seguinte, aprofundamos essas questões sobre a importância do primeiro contato mãe-bebê tendo como referência aspectos da teoria winnicottiana.

CAPÍTULO 2

Relação mãe-bebê à luz de Winnicott

Não existe uma coisa como um bebê (...); se você me mostrou um bebê, você certamente me mostrou alguém cuidando do bebê.

No início o ser só é possível com outro ser humano.

D.W. Winnicott

Iniciamos este capítulo apresentando uma breve cronologia do percurso profissional e pessoal de Winnicott⁵, para depois abordarmos alguns aspectos de sua obra fundamentais para refletirmos sobre o vínculo mãe-bebê no contexto hospitalar.

2.1 Breve biografia do autor

Antes de se tornar psicanalista, Donald Woods Winnicott foi pediatra, profissão que continuou a exercer durante a maior parte de sua vida e que lhe forneceu subsídios para formular sua teoria do amadurecimento humano, dando especial atenção à relação mãe-bebê. Em sua trajetória, teve como preocupação divulgar sua experiência clínica não só no âmbito acadêmico, mas também em vários meios de comunicação, como em um famoso programa de rádio da BBC de Londres.

Nascido em 7 de abril de 1896, caçula de uma família metodista de Plymouth, Inglaterra, formou-se pediatra em 1920, após uma interrupção causada pela Primeira Guerra Mundial, durante a qual serviu como cirurgião num navio da marinha britânica. Trabalhou como pediatra por 40 anos em um Hospital Infantil londrino, e em 1927 iniciou sua formação como psicanalista, pela Sociedade

⁵ As informações sobre a vida do autor foram retiradas da revista *Viver Mente e Cérebro*, 2005; nº. 5.

Britânica de Psicanálise, sendo que, anos mais tarde, de 1956 a 1959 e depois de 1965 até 1968 exerceu o cargo de presidente dessa instituição.

Sua primeira obra foi publicada em 1931, antes de concluir sua formação como analista de adultos em 1934, sendo que em 1935 habilitou-se, então, como analista de crianças.

Na Segunda Guerra Mundial, em 1939, Winnicott trabalhou como consultor psiquiátrico do governo, atendendo crianças que haviam sido separadas de suas famílias durante a evacuação de cidades sob ameaça de bombardeio, experiência que teve grande importância em seu trabalho teórico sobre o papel da mãe na constituição da pessoa.

Até sua morte, em 28 de janeiro de 1971, Winnicott publicou muitos estudos, dentre os quais, em 1945, “Desenvolvimento emocional primitivo”; em 1949, “A mente e sua relação com o psique-soma”; em 1951, “Objetos transicionais e fenômenos transicionais”; e em 1960, “Teoria do relacionamento paterno infantil” e a “A distorção do ego em termos do verdadeiro *Self*”.

Ao estudarmos sua vasta obra, defrontamo-nos com um estilo extremamente sofisticado e, ao mesmo tempo, simples e pessoal. Isso porque Winnicott dirigiu boa parte de seus textos aos profissionais da área da saúde e às próprias mães. O autor considerava que elas não podem aprender através de livros ou com especialistas a fazer aquilo que lhes é natural, ou seja, cuidar de seus filhos, pois a tentativa de ensiná-las pode torná-las autoconscientes, levando-as a fazer tudo pior do que faziam antes.

Então, Dr. Winnicott aconselhava os profissionais a fortalecer a confiança das mães em si mesmas e em sua capacidade de perceber e sentir o seu bebê nesse processo tão complexo, mas que, enfim, ocorre naturalmente.

Assim, ele acreditava e pregava que, embora o conhecimento a respeito do desenvolvimento humano fosse essencial para a prática adequada dos mais diversos especialistas que lidam com a díade mãe-bebê, o ideal é que não interfiram desnecessariamente e aprendam com as mães em vez de tentar ensiná-las, o que possibilita a maravilhosa descoberta e a sensação de plenitude da maternidade em si mesma, o contato íntimo e o prazer que dela advêm (Winnicott, 2002).

Encontramos em Winnicott um médico e psicanalista disposto a compartilhar com as famílias o seu profundo interesse pela unidade mãe-bebê, antes mesmo do nascimento. Na vasta obra do autor, há claramente certo estímulo para que o leitor pense por si mesmo. E, ainda hoje, anos após sua morte, vários de seus artigos e livros, alguns dos quais inéditos, vêm sendo alvo de inúmeros debates, levando a um constante aprendizado por parte de seus seguidores.

2.2 Preocupação materna primária

“Como dizer algo de novo sobre um assunto já por tantas vezes abordado?”, pergunta Winnicott (2002, p. 01), pretendendo ser importante tanto para os profissionais de saúde quanto para as mães dedicadas comuns.

Abordar o que é inato é mesmo muito difícil, pois toda mãe se dedica à tarefa simples e natural, que faz muito bem, que é cuidar de um bebê, ou quem sabe de mais de um. É tão natural que a vida prepara a mulher para exercer essa função materna. Assim, desde pequena ela cuida, alimenta, dá carinho e segura sua boneca, da mesma forma como, um dia, foi também cuidada por sua mãe. Ou

seja, existe nela uma forte lembrança de ter sido um bebê, como também lembranças de ter sido cuidada por alguém, o que pode ajudá-la ou não em sua própria experiência como mãe. Normalmente é isso que acontece; porém, há exceções, como quando o bebê precisa ser cuidado, desde suas primeiras horas de vida, ou desde o início, por um especialista.

O momento em que uma mulher descobre que alguém, ainda muito pequeno, menor que um grão de feijão, ocupa e divide parte de seu corpo é mesmo muito especial. A partir de então, ela terá um tempo muito importante e útil, os longos nove meses de gestação. Trata-se de um período de preparação, para que a futura mãe possa, então, materializar esse bebê, concretizar o fato de ter se tornado mãe e também seu amor pelo filho. Nessa perspectiva, sua experiência como mãe se inicia efetivamente no parto.

No início, essas mudanças são fisiológicas e começam com a sustentação física do bebê no útero, sensibilizando a mulher para as mudanças psicológicas mais sutis que se seguem. Logo após a concepção, a mulher começa a mudar sua orientação e a se preocupar com as mudanças que estão ocorrendo dentro dela. De várias maneiras, a mulher é então encorajada por seu próprio corpo a ficar interessada em si própria, também transferindo algo desse interesse para o bebê que está crescendo dentro dela. A mãe se identifica com esse novo ser e, deste modo, pode já atingir uma percepção muito sensível do que ele necessita (Winnicott, 1983).

Para Winnicott (1983), o importante é que, através de sua identificação com o seu filho, a mãe saiba como ele se sente, de modo que é capaz de propor quase exatamente aquilo de que esse bebê precisa em termos de *holding* (aspecto que abordamos mais adiante) e provisão do ambiente.

Essa condição de ofertar quase exatamente aquilo de que o filho necessita foi denominada por Winnicott (1983) Preocupação Materna Primária - assim, na normalidade, gradativamente a partir do momento em que engravida, a mãe vai atingindo com seu bebê um alto grau de identificação que tem seu pico no período peri-natal e diminui, também gradativamente, nas semanas e meses após o parto. Condição psicológica essencial, a Preocupação Materna Primária possibilita à mãe pressentir as expectativas e necessidades mais precoces de seu filho, e isso a torna pessoalmente satisfeita. É por causa dessa identificação com o bebê que ela sabe como protegê-lo, de modo que ele comece por existir e não por reagir. Trata-se, pois, de um estado fundamental e que permite que o bebê dê continuidade à vida extra-uterina.

Esta condição gradualmente se desenvolve e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante, e especialmente, no final da gravidez. Continua por algumas semanas depois do nascimento da criança. Não é facilmente recordada, uma vez que a mãe se recupera dela. Eu iria mais além e diria que a recordação que a mãe tem deste estado tende a ser reprimida (Winnicott, 1956, p.493).

Esse estado organizado (que, não fosse pela gravidez, seria uma doença), poderia ser comparado a um estado retraído. O autor refere ainda que gostaria de encontrar um termo para designar essa condição, como também sugerir que é algo a ser considerado sempre que houver uma referência à fase inicial da vida de um bebê. Não é, de fato, possível compreender o funcionamento da mãe na fase inicial da vida de um bebê sem entender que ela deve ser capaz de atingir um estado de maior sensibilidade, quase uma doença, e recuperar-se dele.

Winnicott introduz a palavra “doença” porque é necessário que a mulher seja saudável tanto para desenvolver esse estado como para se recuperar

dele assim que o bebê a libera. Caso o bebê venha a falecer, morrer, o estado materno surge repentinamente como uma doença. A mãe assume esse risco (Outeiral, 2005).

Existem muitas mulheres que são boas mães sob todos os outros aspectos, que são capazes de manter uma vida rica e proveitosa, mas não conseguem atingir essa “doença normal” que as capacitaria a se dedicar e se adaptar delicada e sensivelmente às necessidades iniciais da vida de seu bebê; o que pode também acontecer é atingirem esse estado com um filho e não com o outro. Essas mulheres não são capazes de se preocupar com o filho, a ponto de excluí-lo de seus interesses. Como resultado, na prática, elas produzem filhos, mas, por não terem conseguido acompanhar o processo normal do estágio inicial, defrontam-se com a tarefa de compensar o que foi perdido. Passam um bom tempo tentando adaptar intimamente as necessidades crescentes de seu filho, e não é de todo certo que consigam consertar a distorção inicial. Em vez de encarar esse efeito benéfico da preocupação inicial e temporária como algo natural, fazem terapia em vez de serem mães (Winnicott, 1993).

Para Winnicott (1993), a mãe que consegue ou que desenvolve a *Preocupação Materna Primária* fornece um enquadre no qual a constituição do bebê pode se mostrar, suas tendências de desenvolvimento podem começar a vir à tona, e o bebê pode experimentar um ato espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase inicial da vida.

Somente quando possui uma sensibilidade como a que foi descrita é que uma mãe pode sentir como se estivesse no lugar do bebê, e deste modo responder as suas necessidades. Inicialmente, são necessidades corporais e gradativamente tornam-se necessidades do *self*.

Winnicott (2002) acredita que, quando o bebê está pronto para nascer, a mãe, com o apoio do ambiente, ou seja, bem amparada pelo marido, pelos seus familiares e pela sociedade, também estará preparada para viver uma experiência misteriosa; mas, mesmo envolta em enigmas, no fundo ela sabe muito bem quais são as necessidades de seu filho, pois ele é a mãe e ela é o bebê. Essas necessidades não dizem respeito, apenas, a cuidados com alimentação, sono, troca de fraldas, mas sim ao aconchego, à forma de segurar no colo, aspectos que não são encontrados em manuais prontos.

Nessa medida, ressalta o autor que o essencial constitui a mais simples de todas as experiências, a que se baseia no contato sem atividade e que cria as condições necessárias para se manifestar o sentimento de unidade entre duas pessoas, mãe e bebê, que de fato são duas e não uma. Isso dá a oportunidade de o bebê vir a ser, ou seja, seguir em seu processo de personalização, de constituir o *self*, o si mesmo, que vai se estabelecendo no tempo, mas que se inicia quando as características dele são reconhecidas pela sua mãe.

Segundo Winnicott (1990), é verdade que as necessidades do bebê podem ser supridas por alguma pessoa que goste muito dele, mas existem algumas razões pela qual a mãe é a pessoa certa para esse cuidado. Uma delas seria seu amor, que provavelmente é mais verdadeiro, menos sentimental do que qualquer pessoa que a substitua. A mãe é capaz de fazer uma adaptação extrema às necessidades do bebê sem ressentimento, sendo então denominada *mãe suficientemente boa*, *mãe devotada comum* ou *ambiente facilitador*.

Essa mãe permite ao bebê ser, ou seja, se apossar do objeto subjetivo mãe - ou seio. Desde a gestação, ela já reconheceu as manifestações mais

singulares de seu filho, principalmente as motoras, e são elas que prosseguem após o nascimento. A mãe suficientemente boa consegue captar as peculiaridades do ser em desenvolvimento e respeitá-las. Essa mãe não se confunde com o bebê, não impõe seu gesto e empresta o seu sonhar para que a individualidade se constitua (Forlenza Neto, 2005).

Na concepção winicottiana, é fato que, neste estágio inicial, o bebê não aprende de forma alguma o que é bem feito pela mãe, e os fracassos dela também não são sentidos como fracassos, mas sim como ameaças à existência pessoal do *self*. À luz destas considerações, a constituição do eu é silenciosa, sendo que esse eu só mais adiante, em uma fase posterior do amadurecimento (dependência relativa)⁶, e não nesse estágio muito primitivo, deve ser capaz de suportar frustrações, quando eventualmente o bebê pode constituir a idéia de uma pessoa na mãe, e isto acontece de forma positiva. A incapacidade da mãe de se adaptar às necessidades da fase inicial do bebê pode levar, então, a uma aniquilação do *self*.

Nessa medida, para que existam outros processos é necessário que a “*preocupação materna primária*”, ou seja, a capacidade de “*adoecer sadiamente*” quanto aos cuidados do seu filho aconteça. Esses cuidados são denominados “ *Holding*” (sustentação), “ *Handling*” (manejo) e apresentação de objeto, ou seja, a mãe necessita estar disponível para as demandas de seu filho, quando e como ele necessitar (Outeiral, 2005).

Neste trabalho, vamos nos ater à noção de *holding*, que é fundamental na fase aqui em foco, de dependência absoluta do ambiente-mãe.

⁶ O autor traça a seguinte linha temporal em termos de desenvolvimento humano: dependência absoluta do ambiente, que caminha para a dependência relativa e segue rumo à independência. Esta, na realidade, nunca é totalmente alcançada, já que, na concepção winicottiana, somos seres que sempre dependem do Outro, do ambiente para nos constituirmos como pessoas integradas.

2.3 A oferta de holding

A função de *holding* associa-se à confiabilidade e responsabilidade e não pode ser ensinada, uma vez que se assenta na capacidade de a mãe se identificar com o bebê. Através de um *holding* adequado, a mãe:

- Protege o bebê de agressões fisiológicas, considerando a sensibilidade cutânea, auditiva, visual e do órgão vestibulo coclear;
- Protege o bebê de situações que podem levá-lo a sentimentos de angústia e confusão;
- Possibilita ao bebê uma transição gradativa dos estados de sono e vigília;
- Cria uma rotina específica para aquele bebê, modificando-a a cada dia de acordo com o crescimento e também desenvolvimento físico e psíquico dele.

O termo *holding* é utilizado então para significar não apenas o segurar físico, mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de “viver com⁷”. O *holding* suficientemente bom é necessário, então, para que vários estágios do desenvolvimento emocional sejam alcançados, sendo fundamental na fase denominada pelo autor como de dependência absoluta. Neste estágio, o bebê não tem meios de perceber o cuidado materno, que é em grande parte uma questão de profilaxia, e não pode assumir o controle sobre o que é bom ou mal feito, estando apenas na posição de se beneficiar ou sofrer distúrbios.

É só mais adiante, na fase denominada pelo autor como de dependência relativa, que o bebê pode se dar conta da necessidade de detalhes do cuidado materno, e pode de modo crescente relacioná-los ao impulso pessoal. Seguindo rumo à independência, o bebê desenvolve, então, meios para ir vivendo

⁷ A expressão “viver com” implica reações objetais, e a emergência do bebê do estado de estar fundido, junto com a mãe, a sua percepção dos objetos como externos a ele próprio (Winnicott, 1983, p. 44).

sem cuidado real, e isto é conseguido através das recordações acumuladas de como ele foi cuidado, da projeção de necessidades pessoais e da introjeção de detalhes do cuidado, com o desenvolvimento da confiança no meio, que é justamente conseguida quando o ambiente-mãe é suficientemente bom na fase de dependência absoluta (Dias, 2003).

O *holding* protege da agressão fisiológica, considerando a sensibilidade cutânea do bebê, tato, temperatura, sensibilidade auditiva, visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade) e a falta de conhecimento da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo. Isso inclui a rotina completa do cuidado diário, como também as mudanças instantâneas do dia-a-dia que fazem parte não só do crescimento como também do desenvolvimento do bebê, físico e psicológico.

O *holding* inclui, especialmente, o *holding* físico, que é uma forma de a mãe demonstrar ao bebê o seu verdadeiro amor, sendo que existem aquelas que podem ofertar esse cuidado e as que não podem - as últimas produzem rapidamente em seu filho uma sensação de insegurança e choro nervoso.

Em síntese: O cuidado materno adequado leva à integração do eu; já as falhas no cuidado levam à desintegração, e o bebê vive uma angústia inimaginável, descrita por Winnicott como “cair para sempre” ou “ser feito em pedaços” (Celeri, 2005). Ou seja, se há um manejo adaptativo deficiente nos estágios iniciais, mais precoces do desenvolvimento, e quando isso não é corrigido, ocorre atraso, fracasso ou perda de uma união firme entre a psique e o corpo, comprometendo o processo de personalização.

O bebê necessita, então, de uma mãe que seja capaz de se envolver emocionalmente com o seu corpo e suas funções, apresentando e

reapresentando a ele o corpo e a psique - isso significa também aceitar o bebê, aceitar o seu corpo sem restrições.

O bebê que é segurado, satisfatoriamente manejado, é capaz de se sentir onipotente, e o resultado pode ser que esse bebê seja capaz de usar o objeto e sentir como se esse objeto fosse um objeto subjetivo, criado por ele. Esse segurar seria a capacidade que a mãe possui de ir ao encontro das necessidades do bebê, proporcionando a ele conforto e segurança. O que a mãe passa para o bebê o tempo todo é algo como: “eu sou confiável, porque eu me preocupo com você, sei o que está precisando e quero lhe oferecer tudo o que quer e necessita”. Nesse estágio do desenvolvimento a comunicação é, pois, silenciosa - o bebê não ouve ou registra a comunicação da mãe, mas apenas os efeitos da confiança por ela passada (Winnicott 2002).

Em razão de tudo isso, é fundamental para a constituição do ser que, na fase de dependência absoluta, aqui em foco, o indivíduo comece em um ambiente favorável.

No capítulo que se segue, vamos então refletir como esse ambiente pôde se constituir no âmbito hospitalar, diante de um nascimento prematuro, que, como vimos, impõe uma separação precoce entre mãe e bebê.

CAPÍTULO 3

Maria e Mateus: a história, as páginas do diário e a
construção do vínculo

A metodologia qualitativa utilizada neste estudo pode nos levar ao entendimento do fenômeno em foco, seus sentidos e suas significações, aumentando experiências, confirmando o que já é sabido ou (re)descobrimo significados sobre os quais nos atemos (Merriam, 1998).

Nesta pesquisa, optamos pelo estudo de caso, que tem sido utilizado na área para se refletir sobre a relação mãe-bebê no período peri-natal (pré e pós-nascimento). Encontramos, então, na literatura fonoaudiológica estudiosos que acompanharam a mãe durante e após hospitalização, delineando técnicas de atendimento fonoaudiológico, incluindo especificidades do enquadre envolvendo a mãe e a equipe multiprofissional; outros que fizeram exposições da atuação fonoaudiológica frente a bebês especiais, também considerando a integração da mãe na equipe e envolvendo-a nos cuidados básicos do bebê (Padovani et al, 2004; Pêgo, 2005; Ferraz, 2003; Lupton et al, 2005).

No caso do presente estudo, realizei uma entrevista aberta com uma mãe de bebê prematuro extremo que produziu um material com registros do início da gravidez, do período de internação e do primeiro ano de vida de seu filho. Trata-se de um scrapbook⁸, ou livro de retalhos, nomeado por essa mãe como diário, e que apresenta vários aspectos do vínculo que foi estabelecendo com seu filho.

Mãe e bebê, aqui identificados, respectivamente, como Maria e Mateus, são então os sujeitos deste trabalho. Mateus apresenta deficiência auditiva neurosensorial e, na ocasião deste estudo, ainda freqüentava terapia fonoaudiológica. Foi justamente através de sua fonoaudióloga que fiz o primeiro

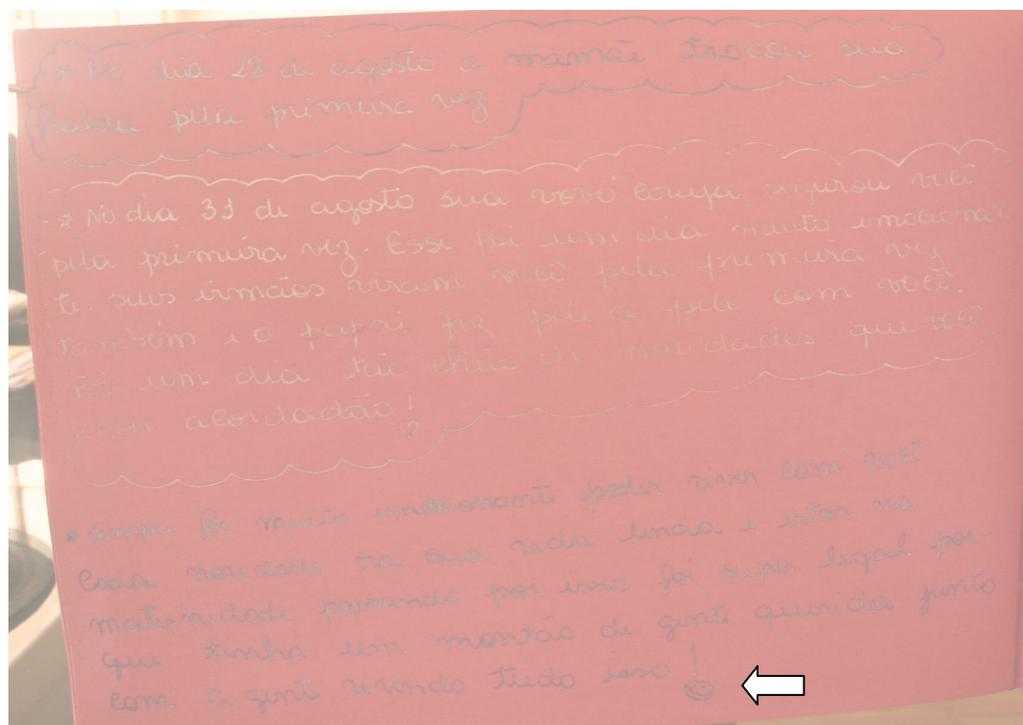
⁸ *Scrapbook*: palavra de origem inglesa que significa, literalmente, "Livro de retalhos". Trata-se de um álbum de fotos que conta uma história, em páginas totalmente personalizadas e com uma grande variedade de materiais, tais como: letras, molduras, papel rasgado, arames, miçangas, apliques, adesivos, desenhos, entre outros (Terzi,F.& Calil, T., 2005).

contato pessoal com a mãe, que concordou em ser entrevistada e disponibilizar o material já referido anteriormente. De acordo com os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, foi elaborado então um termo de consentimento, contendo o objetivo desta dissertação, para que esta fosse permitida pela mãe e pela terapeuta da criança (Anexo I).

Maria tinha 29 anos de idade quando engravidou. Mateus nasceu de cesárea, com 24 semanas de idade gestacional, pesando 730 gramas. Por ser prematuro extremo, recebeu cuidados invasivos necessários para sua sobrevivência, permanecendo em UTIN por quatro meses.

No primeiro momento da internação, que durou por volta de 40 dias, Mateus permaneceu em um setor denominado UTI 1 onde permanecem os bebês mais graves. A rotina da mãe era chegar ao hospital às 8h00 da manhã, ver o filho por apenas 30 minutos, o mesmo ocorrendo no período da tarde e da noite. Em seguida, ela ordenhava o leite para as mamadas do filho. Quando completou 40 dias de vida, apresentando melhora do quadro clínico, foi então removido para um outro setor da UTI, onde mãe e avó podiam ficar o dia todo com o bebê.

A mãe registrou em seu diário que aquele foi um dia tão cheio de novidades que Mateus ficou “acordadão”.

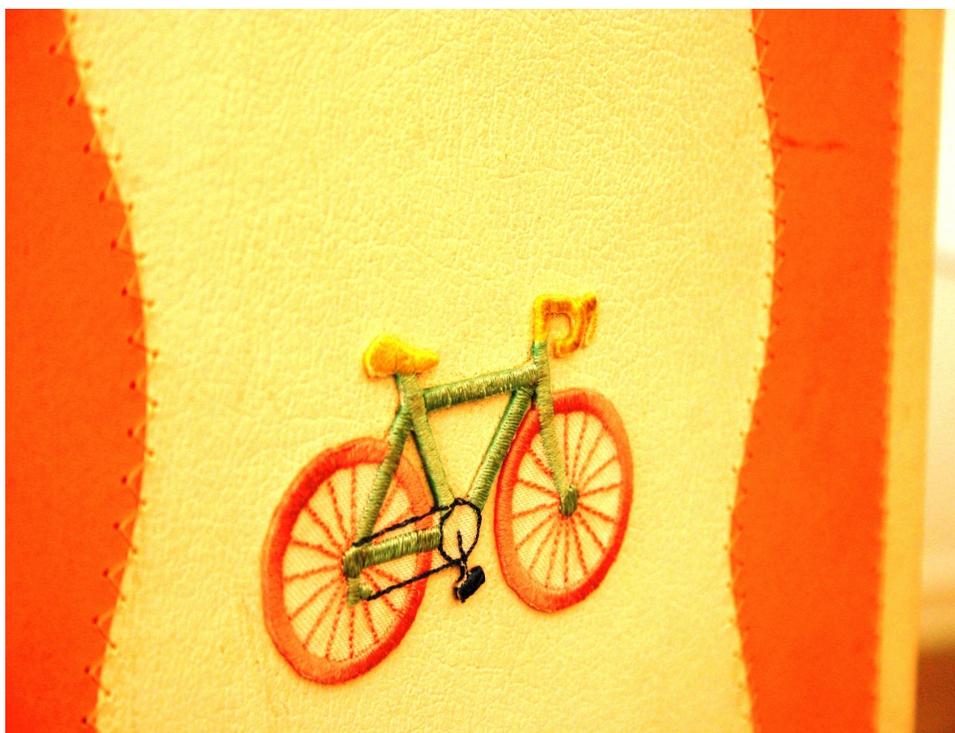


[Fig.1. Registro do dia cheio de novidades a flexa mostra o desenho da carinha de Mateus].

A história vivida por Maria e Mateus, relatada na entrevista e refletida nas fotos selecionadas para as páginas do scrapbook, nos permitiu buscar possíveis sentidos que nos levaram a refletir sobre a questão do vínculo mãe-bebê em casos de prematuridade, a partir principalmente da teoria de Winnicott, elucidando a importância de o fonoaudiólogo contemplar esse vínculo no *setting* hospitalar.



[Fig.2 Páginas do diário]



[Fig.3 Capa do diário]

Primeiras impressões

Quando soube da existência de um *scrapbook* composto por uma mãe de um bebê prematuro extremo, fiquei muito curiosa. Com a anuência da fonoaudióloga que, na ocasião deste estudo, ainda atendia essa criança, portadora apenas de deficiência auditiva, conheci então ambos - mãe e filho, já com 3 anos de idade - bem como obtive a permissão para folhear esse material.

Uso o termo apenas para me referir à seqüela da criança, pois trabalho em UTI há alguns anos e todos sabemos que um bebê prematuro extremo, embora hoje seja considerado viável (Wolke, 1991; Rugolo, 2005), tende a ter um maior número de problemas médicos logo cedo, como também uma maior incidência de atraso no desenvolvimento e mais problemas na sua infância (Creasey, Jarvis, Myers, Markowitz e Kerkering, 1993; Rugolo, 2005; Camelo Jr, 2005). É provável, inclusive, que a deficiência de audição do bebê aqui em foco tenha sido decorrência de medicamentos ototóxicos, administrados durante a internação, ou de um quadro de alteração de bilirrubina; assim, problemas como hemorragias intracranianas, paradas cárdio-respiratórias, patologias pulmonares, embora provavelmente tenham ocorrido, não levaram a maiores conseqüências, como alterações no desenvolvimento neuropsicomotor. Isso indica que algo correu muito bem em todo o processo inicial de hospitalização.

Então, tendo decidido que abordaria neste estudo o período em que essa mãe permaneceu ao lado de seu bebê no ambiente hospitalar, pensamos que, além do contato com o *scrapbook* por ela produzido, seria importante realizar uma entrevista, com o intuito de detalhar o episódio.

Fui apresentada a Maria e Mateus na sala de espera do consultório da fonoaudióloga; conversamos um pouco, contei sobre o trabalho que tenho realizado com bebês em UTIN, mais especificamente na facilitação da alimentação natural e retirada de sonda. A mãe logo me disse que o filho mamou bem até os nove meses e que pouco precisou da intervenção fonoaudiológica no hospital. Nesse mesmo dia, ela me deu sua permissão para que eu fotografasse o scrapbook, que ela chama de diário, e marcamos então uma entrevista, a ser realizada na própria casa de Maria. Ela estava separada do marido, pai de Mateus, e vivia só com o filho em um apartamento. A mãe de Maria, que mora no nordeste, vinha algumas vezes visitá-los; pelo que pude perceber, trata-se de uma pessoa muito importante na vida de ambos e que deu um grande suporte à filha, especialmente no período de internação, quando, embora presente, o pai continuava envolvido em suas atividades profissionais.

Maria é uma mulher bonita, jovem e comunicativa, me pareceu uma pessoa amorosa e envolvente. Foi realmente uma experiência enriquecedora ler os primórdios da história de Mateus, contada com tantos detalhes, e ainda com uma coleção de objetos significativos, tais como, pulseirinha de identificação, primeiras fotos, impressos distribuídos no hospital para pais de prematuros com orientações de cuidados.

Mas, além desses objetos mais tradicionais, que muitas mães guardam como recordação de um momento tão significativo em suas vidas, chamou minha atenção o fato de Maria também conservar, por exemplo, a touca utilizada pelo bebê durante o procedimento de suporte ventilatório e a fita adesiva para fixar o oxímetro - materiais que remetem à luta inicial para a sobrevivência de seu bebê.



[Fig.4. Imagens da touca, pulseira, cartão da maternidade, fita adesiva e o diário]

Afinal, qual seria o significado de guardar objetos que lembram tanto sofrimento?

Era uma vez...

Enfim, chegou o dia da entrevista, e devo dizer que estava bastante apreensiva, cheguei um pouco antes, e tive de esperar até o horário combinado para me anunciar ao porteiro. Fui então recebida por Maria e Mateus, ficamos uns minutos na sala de estar e logo resolvemos começar nossa conversa. Ela me perguntou se poderia ser no quarto do filho, assim ele poderia assistir um filme e nós poderíamos falar tranquilamente; concordei e nos dirigimos para lá. Antes de entrarmos, Maria pediu para que eu tirasse os sapatos. Logo que entrei, vi que a parede da cabeceira da cama era decorada com uma pintura bem colorida e chamativa, certamente feita diretamente com as mãos de Mateus, tendo também seu nome assinado. De alguma forma, isso prenunciava certo estilo de Maria

como mãe, o que, de fato, foi sendo mais evidenciado no decorrer de nossa conversa, e também que aquele quarto era um lugar bem significativo na casa, sagrado. Intuindo e procurando respeitar isso, sugeri que sentássemos no chão, e não na cama da criança.

Iniciei a entrevista elogiando o diário e pedindo para que me contasse um pouco da história nele registrada. Maria logo começou a falar, com bastante vivacidade, dispendo-se a detalhar todo o episódio sem que eu precisasse fazer muitas perguntas. A impressão que tive foi de que, apesar de todo o sofrimento, e talvez pela condição de sustentá-lo, Maria não queria esquecer tudo que havia vivenciado nos primórdios da vida do filho, e contar mais uma vez parecia ser uma forma de mantê-lo vivo na memória⁹. Começou a fazer sentido a necessidade dessa mãe de guardar tantos objetos ligados à alta tecnologia da UTIN; afinal, eles também possibilitaram que Mateus estivesse ali, marcando sua presença naquele quarto tão especial.

Quanto ao diário, Maria me disse que nele estava apenas uma parte da história - havia também um bauzinho onde ela guardava vários outros objetos significativos, desde o namoro dela com o pai de Mateus: cartas, bilhetes, telegramas, fotos - isso tudo porque, em função de suas profissões, ambos viajavam muito e ficavam muito tempo sem se ver. Relatou também que decidiu confeccionar o diário porque sempre quis saber sobre o começo de sua vida, mas sua mãe tinha poucas recordações; lembrava apenas de uma música, tinha uma ou outra foto. Então, prometera a si mesma que, se um dia tivesse um filho, iria

⁹ Essa idéia de que sustentar o sofrimento pode ser uma forma de ir adiante foi apresentada por Ferreira, Perrotta e Warschauer (no prelo) no texto "A Clínica em Foco: o Destino da Dor". Para as autoras: "O que há em comum no trabalho a ser realizado pelos terapeutas, sejam eles fonoaudiólogos ou psicanalistas, é o desafio de sustentar a angústia antes de resolvê-la. O foco deixa de estar no sintoma, na superação deste, e passa a ser colocar a angústia sob domínio do eu, que é o que move a vida em direção à constituição do *Self*. A angústia é a base de todo caminhar. É nela que reside nossa condição de ser criativo".

contar a ele sua historinha, desde o começo, e estava cumprindo essa promessa. Isso nos remete a um aspecto primordial da teoria de Winnicott, já referido anteriormente. Trata-se do fato de as mães imprimirem na relação com seus filhos muito do que vivenciaram com suas próprias mães, que se configura como um repertório, referências de cuidados maternos. E, segundo Safra (2004, informação verbal), isso também pode ocorrer pelo negativo; ou seja, justamente algo que fez falta, no caso, registros da infância, passa a ganhar um significado; talvez possamos dizer que surge a necessidade de criar uma nova tradição no contexto familiar, transgeracional¹⁰.

Maria era bem detalhista em suas lembranças - tanto no diário como na entrevista contou sobre o namoro com o pai de Mateus, sobre quando resolveram “ficar grávidos”, a primeira consulta com o obstetra antes de engravidar. Depois, durante os primeiros meses de gravidez, contou dos episódios de sangramento, razão pela qual precisou diminuir o ritmo de trabalho, que na ocasião era bem intenso, com muitas viagens, inclusive. Seguindo a orientação da obstetra, passou a se dedicar, então, somente a sua gestação, fazia ioga com um grupo de gestantes, reiki, etc...

Em um fim de semana, quando já estava na 23ª semana de gestação, ela e o pai de Mateus foram passear em uma cidade do interior de São Paulo. Lá, Maria começou a sentir cólicas, mas não era nada muito intenso, apenas incomodava, e ela não se preocupou, nem quis ser medicada. Preferiu esperar a próxima consulta de pré-natal, que seria na segunda-feira. Desta vez Maria foi

¹⁰ “Esse é um tema relativamente novo na clínica psicanalítica, embora Freud já falasse na transmissão da vida psíquica entre gerações. Trata-se de uma herança construída no entrecruzamento de fatores culturais, familiares e individuais, que vêm a constituir a subjetividade de cada indivíduo”(Trachtenberg et al, 2005).

acompanhada de uma amiga, sendo que combinaram de, em seguida, almoçarem juntas.

Porém, na consulta, a médica alertou que aquelas cólicas eram o início do trabalho de parto, e Maria foi encaminhada imediatamente a uma maternidade particular para que tentassem “segurar” o bebê por mais algumas semanas no útero. Após uma semana hospitalizada, sua bolsa rompeu e, apesar de estar produzindo líquido amniótico, que possibilitaria mais um tempo de gestação, temendo uma infecção, a médica achou melhor realizar o parto (Manual Merk, 2004).

Nas palavras de Maria, teve início um corre-corre no hospital: as enfermeiras praticamente trocaram suas roupas no corredor, a caminho da sala de parto. Nesse momento, ela abraçou seu urso de pelúcia, que havia ganhado de seu afilhado, e foi cantando uma música infantil, conhecida de todos nós... “A gente vai passear na floresta...” [o trecho “enquanto seu lobo não vem” foi omitido na entrevista, não sabemos se também no caminho até a sala de parto].

Aqui, podemos pensar que, de fato, esse caráter de urgência a que o ambiente hospitalar nos remete, especialmente em uma situação de risco como a vivida por Maria, desperta temor do desconhecido, de algo maior que foge do controle. A própria vida e também a do filho ficam nas mãos dos médicos, ambos dependem, agora, não só dos avanços e limites da ciência, como de algo que remete ao imponderável. Afinal, “seu lobo” iria ou não surpreendê-los no caminho? Seria um lobo mau, que impediria a vivência de um momento tão desejado e esperado, a maternidade, que iria engolir seu filho, ou um lobo

bonzinho que iria deixá-los em paz?¹¹. É mesmo um momento de grande vulnerabilidade.

Como já foi destacado anteriormente, na maioria das vezes as mulheres não estão preparadas para esse tipo de situação inesperada, para toda essa urgência de um parto prematuro, o que pode também provocar um trauma na mãe e no bebê. Sendo assim, inicialmente prevalecem sentimentos obscuros, como: culpa, medo, dúvida se será ou não mãe (Athabe, 1999).

Ainda no corredor, a obstetra explicou à Maria que sua vida seria prioridade, pois Mateus era prematuro extremo e tinha apenas 40% de chance de sobreviver. De fato, como vimos, essa estatística está registrada na literatura, sendo que, quando sobrevivem, esses bebês comumente ficam com grandes seqüelas. Atualmente, apenas os prematuros limítrofes e moderados, quando não há complicações clínicas, saem muito bem da hospitalização e vivem uma vida normal, muito próxima do esperado para o bebê a termo (Wolke, 1991; Creasey, Jarvis, Myers, Markowitz e Kerkering, 1993; Rugolo, 2005; Camelo Jr, 2005).

O parto aconteceu. Mateus nasceu com 24 semanas e 730 gramas e logo foi internado na UTIN. Maria passou bem, mas sua anestesia potencializou, e assim, sem poder sentir as pernas, ela demorou mais tempo para ir ver seu bebê. É mesmo muito triste. O momento mais esperado na vida de uma mãe é o de, finalmente, conhecer seu filho, ver sua carinha, tocá-lo, mas isso fica comprometido pela alta tecnicidade de uma UTI.

¹¹ Uma gravidez de alto risco é aquela em que o risco de doença ou de morte antes ou após o parto é maior que o habitual, tanto para a mãe quanto para o concepto. Para identificar uma gravidez de alto risco, o médico avalia a gestante para determinar se ela apresenta condições ou características que a tornam (ou o seu feto) mais propensa a adoecer ou a morrer durante a gestação (fatores de risco). Os fatores de risco podem ser classificados de acordo com o grau de risco. A identificação de uma gravidez de alto risco assegura que a gestante que mais precisa de cuidados médicos realmente os receba (Manual Merck, 2004).

Mas, como vimos na literatura, já existem maternidades que têm buscado algumas estratégias para apresentar o filho prematuro à mãe, no sentido de substituir a aproximação que costuma ser promovida já na sala de parto, quando não ocorrem intercorrências. Uma delas é por meio de fotos do bebê, o que pode servir para fortalecer o comportamento de apego, pois, quanto mais a mãe pensa em seu filho, mais forte poderá ser seu vínculo (Gaito, 1963; Klaus e Kennell, 1982; Huckabay et al, 1999).

Maria lembra que esse momento foi mesmo muito significativo, e até hoje se emociona quando o relata [durante a entrevista, ela se emocionou mais uma vez, e para mim também foi difícil conter as lágrimas]. Ela estava no quarto, ainda se recuperando da anestesia, quando uma enfermeira entrou trazendo um papel nas mãos e dizendo: “*Já que a mamãe não pode ir me ver, eu venho ver a mamãe*” - entregou-lhe então uma foto de Mateus. As pessoas que estavam presentes nesse momento acharam aquilo tudo “uma loucura,” pois na foto o bebê aparecia entubado, repleto de fios. Porém, Maria afirmou que não viu esses fios e tubos, viu apenas seu filho.



[Fig.5 Foto do bebê, nas primeiras horas de vida, tirada por uma enfermeira]

Esta é uma preocupação constante de muitas equipes hospitalares: como facilitar essa aproximação, de modo que o olhar da mãe se volte mais para o filho e menos para todo o suporte tecnológico necessário para a sobrevivência? No âmbito da Fonoaudiologia, já encontramos alguns estudos que relatam essa preocupação, como de Ferraz (2003); Pêgo (2005).

Maria pediu, então, que comprassem um lindo porta-retrato. E como no hospital em que se encontrava, como ocorre normalmente, as mães de prematuros permanecem em outra ala, não havia berço no quarto, Maria perguntou à enfermeira onde ficaria o berço caso tudo houvesse corrido bem, e foi nesse lugar, antes vazio, que ela colocou a foto de Mateus.



[Fig.6 Maria segura o porta retrato, para estar mais próxima de seu filho Mateus, esse passou a ficar ao seu lado].

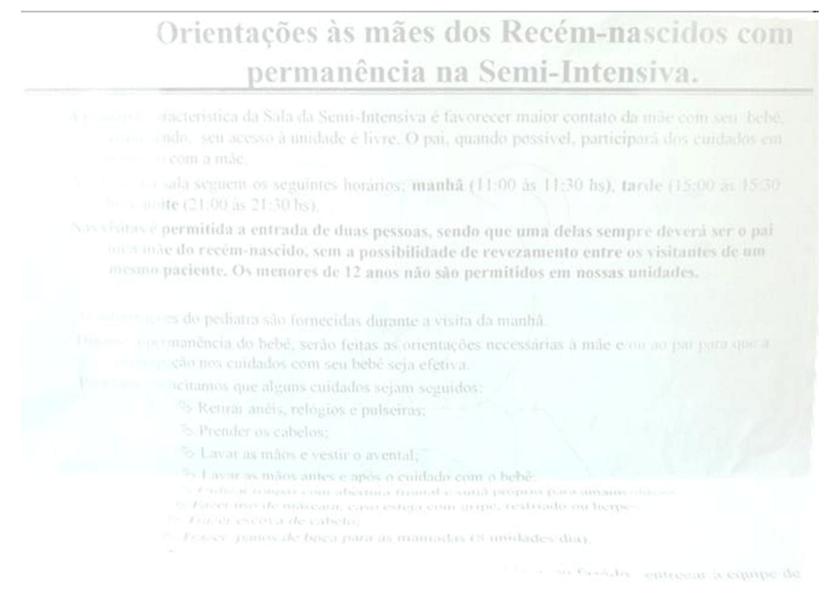
Sabendo que seu bebê havia sobrevivido, Maria finalmente pôde conhecê-lo pessoalmente, e talvez a foto tenha lhe trazido certa tranqüilidade. Ao chegar à UTIN 1, onde ficam os bebês mais graves, ela encontrou vários pais chorando, desesperados, pedindo a Deus que seus filhos vivessem, o que, de fato, é bastante comum nas UTINs. Mas Maria achou aquilo tudo de um “egoísmo” e disse: “*o meu amor é diferente, o meu amor respeita meu filho*”. Maria se aproximou da incubadora e teve a seguinte conversa com Mateus, ou talvez consigo mesma:

“Oi Mateus, aqui é a mamãe. A mamãe te ama muito, você é muito desejado, muito planejado, só que eu não sei se era ansiedade ou se não estava muito legal aqui dentro e você quis vir antes. Então, se você não curtir isso aqui e

achar isso aqui uma droga, a mamãe vai chorar porque não ensinaram a gente... [nesse momento de nosso encontro, Maria ficou um tempo em silêncio; eu então completei: “para esse tipo de perda...”, mas ela me advertiu que não usou esse termo e sim despedida]. Mas a mamãe vai entender que foi a sua escolha, e se você decidir ficar não importa o que for que esses caras falem [médicos, que haviam estipulado um prazo de trinta dias para a recuperação inicial de Mateus], a gente vai saber que sua escolha foi ficar e do jeito que for a gente vai estar junto e eu vou te apoiar”.

Importante aqui retomar um aspecto fundamental da teoria winnicottiana - o ambiente facilitador é, no início, a “mãe suficientemente boa”, aquela que é capaz de reconhecer e atender a dependência do latente, devido à sua identificação com ele, a qual lhe permite saber qual é a necessidade do bebê num dado momento. Da bondade “suficiente” faz parte a espontaneidade e a personalidade da mãe no seu cuidado com o bebê (Dias, 2003).

A partir desse dia, Maria visitava seu bebê todos os dias - ela já havia recebido alta e chegava ao hospital às 8h00 e só saía às 22h30 - era sempre a última a ir embora. Respeitando a rotina determinada pelo hospital, Maria só podia permanecer com Mateus 30 minutos pela manhã, 30 minutos à tarde e os mesmos 30 minutos à noite; nos intervalos, ela tirava leite para as mamadas, que nesse momento eram administradas por sonda.



[Fig.7 Orientações do hospital as mães]

É importante lembrar que bebês prematuros, além de receberem equipamentos de suporte à vida, necessitam também de uma sonda gástrica para receber a dieta - leite materno e/ou artificial. Em um dado momento da internação, a partir de uma solicitação médica, esses pequenos pacientes são avaliados pela equipe de Fonoaudiologia, que observa a competência para sugar o leite. Muitos deles inicialmente são treinados para desenvolverem essa capacidade de sugar, deglutir e respirar de maneira funcional, segura e prazerosa, de modo que possam se livrar da sonda. Para isso, porém, não bastam procedimentos técnicos; é preciso que o fonoaudiólogo se volte para a mãe, acolhendo-a e ajudando-a a superar certa insegurança própria desse momento, em que o bebê ainda se encontra fragilizado fisicamente. Nessa medida, o tempo da terapia fonoaudiológica depende da sintonia de cada dupla, como também do estado clínico do bebê. Alguns deles chegam mais rapidamente ao seio materno, outros demoram um pouco mais e alguns, muitas vezes, por alguma alteração clínica,

inclusive da própria mãe, nem chegam a ser amamentados (Ferraz, 2003; Pêgo, 2005).

Maria fez muitas amigas na UTI. Na hora da ordenha, vários hospitais disponibilizam salas em que as mães permanecem juntas, e acabam conversando sobre seus filhos, sobre a instabilidade clínica deles, possíveis melhoras nos quadros clínicos, compartilham angústias, medos, as dificuldades impostas pelo ambiente hospitalar.



[Fig.8. Mães que compartilharam esses momentos, agora amiga de UTIN]

Como Maria considerava muito “fria” a forma como as mamadeiras eram identificadas, apenas com o nome da mãe e do bebê, começou a desenhar uma carinha (fig. 1) nas de Mateus, para que as enfermeiras pudessem identificá-las. Com isso acabou lançando uma “moda”, pois as outras mães também passaram a personalizar as mamadeiras de seus filhos.

Também nessa linha de buscar uma singularidade para o filho no ambiente hospitalar, assim que Mateus saiu da incubadora para o berço, Maria o vestiu com roupinhas que haviam sido dela, bem como o embrulhava em lençóis

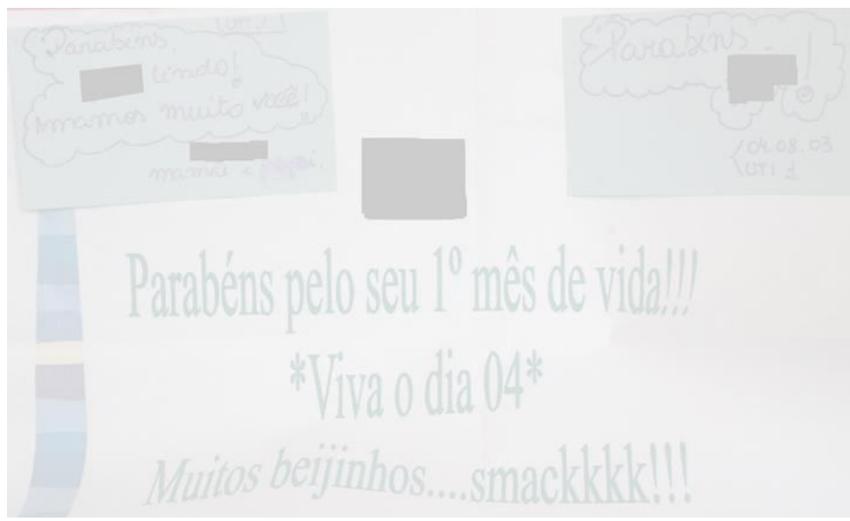
bordados por sua avó. Mateus parece ter logo ganhado um lugar na vida de sua mãe.



[Fig.9. O primeiro dia de roupinha]

É importante ressaltar que, os hospitais inviabilizam o uso de roupas quando o prematuro está na incubadora; mas, no intuito de humanizar o ambiente e trazer um pouco de sua casa para dentro do hospital, é permitido que as mães levem pares de meias, luvinhas, mantas e/ou chalés, para colocar sobre a incubadora. Também são permitidos bichinhos de plástico, desde que devidamente esterilizados (Lupton e Fenwick, 2001; Scochi et al, 2003; Shenk et al, 2005).

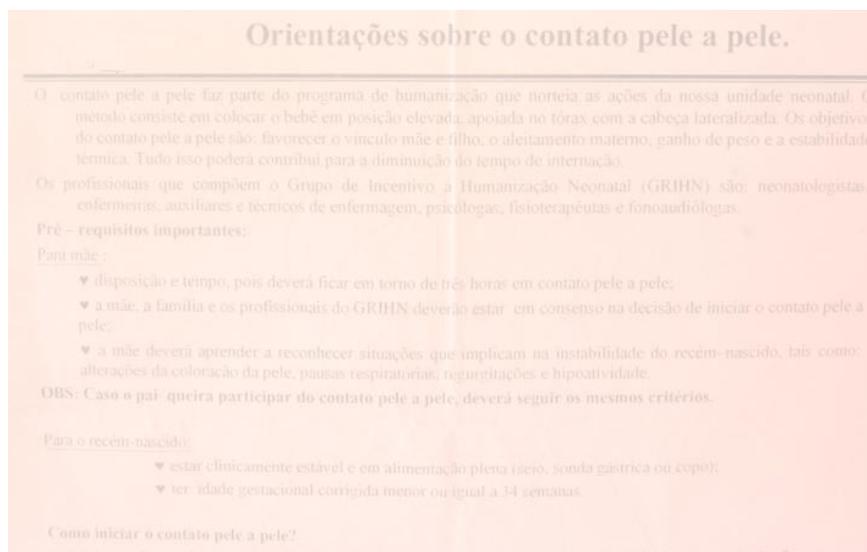
Depois, assim que Mateus completou o tão esperado trigésimo dia de vida, em homenagem, a carinha das mamadeiras se transformou em uma tatuagem no braço de Maria. Como é de praxe neste hospital, a equipe enfeitou sua incubadora com cartazes e balões. Mas Maria foi além: comprou um bolo, tirou várias fotos e saiu pelo hospital contando para todos que os trinta dias haviam se passado e seu bebê estava vivo.



[Fig.10 Comemorações pelas vitórias]

Essa comemoração tem uma razão de ser. Com frequência, as mães são surpreendidas com ocorrências inesperadas, como uma parada cardíaco-respiratória na madrugada, que leva à necessidade de reentubação, quando tudo parecia estar correndo bem, com uma perspectiva iminente de alta. Essa situação é referenciada na literatura como “montanha russa”, ou seja, dias bons seguidos de dias ruins, momentos esses inesquecíveis para as famílias (Manual Merk, 2004).

Mas Maria já não tinha mais aquele medo de chegar e ter uma notícia ruim sobre o quadro clínico do filho, e passou a comemorar tudo. Aos 40 dias de vida, pôde finalmente carregá-lo no colo - mais um momento de muita emoção.



[Fig.11 Orientação contato pele a a pele, realizado quarenta dias após o nascimento].

Aqui, é importante destacar que, mesmo só podendo ter esse contato físico tão fundamental para o desenvolvimento e constituição do bebê, Maria foi encontrando maneiras de exercer sua preocupação materna primária, de ofertar *holding* ao filho - tocava as pontas dos pés enquanto Mateus permanecia na incubadora, ou os dedinhos de suas mãos, partes de seu corpo que não estivessem ocupadas com equipamentos necessários para manter a vida.

Porém, é bastante comum as mães de prematuros terem medo de tocar seus recém-nascidos, pois se afligem com a fragilidade deles, com o tamanho; outras se constroem com os fios, tubos e agulhas. Aqui, o papel da equipe é fundamental. Cabe a nós ajudarmos essas mães a buscar uma forma particular de aproximação (Lupton e Fenwick, 2001; Scochi et al, 2003; Ferraz, 2003; Shenk et al, 2005). Não existem fórmulas prontas, mas há sim estratégias que podem ser utilizadas, tais como essa de incentivá-las a tocarem partes do corpo livres da tecnologia. Há também mães que têm vergonha de conversar ou cantar para seu filho, mas sabemos da importância desse momento e que o bebê

reconhece o toque, a voz e o cheiro da mãe. Muitas e muitas vezes testemunhei momentos em que o bebê parava de chorar assim que ouvia a voz da mãe.

Uma situação corriqueira para nós fonoaudiólogas que trabalhamos a sucção é ver que aqueles bebês que ficam separados de suas mães por semanas ou até meses, assim que podem ser amamentados ao seio, simplesmente não sugam de imediato - ficam “curtindo” aquele colo por horas, fazem carinhas bonitinhas, esboçam sorrisos, mas, sugar mesmo, nada. São muitos momentos vividos na UTIN, alguns indescritíveis ou até inacreditáveis.

Maria conseguiu desenvolver esse vínculo com Mateus através das palavras - em sua rotina, ela chegava e dizia: “*o dia está começando, vou tirar o seu leitinho*”. Ela parece ter confiado tanto em sua maternagem, que foi desenvolvida dentro do espaço e das possibilidades oferecidas pelo ambiente hospitalar, que conseguiu amamentar até nove meses. Muitas mães, ao contrário, já ficam sem o leite nas primeiras semanas ou primeiros meses de hospitalização; mesmo depois da melhora do bebê, encontram-se impossibilitadas de amamentar (Rego 2003).

Depois de quatro meses de internação, passando da UTI 1 para a UTI intermediária (onde ficam os bebês que não correm mais risco de morrer), sendo reavaliado, como é de praxe, por vários especialistas, neurologista, oftalmologista e neonatologista, Mateus finalmente teve alta, em meio a tantas lágrimas das “tias”, enfermeiras que também cuidaram dele com muito carinho e que certamente iriam sentir sua falta.



Mas, finalmente, ele pôde conhecer seu cantinho, que foi preparado com muito amor e cuidado - esse cantinho que também teve a oportunidade de conhecer e que particularmente achei que tem mesmo a cara de Mateus, e o estilo de sua mãe.



[Fig 13. Após quatro meses Mateus pela primeira vez em sua casa].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar clinicamente é buscar compreender o outro a partir do lugar do qual ele fala, a partir da maneira como a sua existência o afeta, compreendê-lo a partir da singularidade do seu sofrimento.

(Safra, 2004).

Tendo em vista minha experiência em UTIN, venho acompanhando de perto o crescimento da atuação do fonoaudiólogo e a real necessidade desse profissional nas equipes multidisciplinares.

Em alguns hospitais brasileiros, essas equipes ainda não contam com um profissional específico para cuidar do sofrimento e angústia vividos pelos pais de prematuros. Todos são, então, responsáveis por acolhê-los nesse momento, em que se faz necessária à internação hospitalar, não raramente por um tempo prolongado.

No caso do fonoaudiólogo, o que temos visto com certa frequência é que esse profissional acaba se aproximando mais das mães, pelo fato de cuidar, justamente, da alimentação do bebê - inicialmente feita por sonda, mas que deve caminhar para o aleitamento materno, tão esperado por essas mães. Reside aí a necessidade de ajudá-las a sustentarem todo o sofrimento advindo da separação de seus filhos imposta pela prematuridade, para que possam, assim, se identificar com eles, ofertando os cuidados essenciais nesse início da vida.

O estudo de caso apresentado neste trabalho mostrou justamente que, mesmo diante da necessidade de internação hospitalar, que impossibilita a aproximação física entre mãe e bebê, ela pode sim desenvolver algo que é natural, nomeado por Winnicott como preocupação materna primária.

Certamente, inúmeras são as razões que levaram a mãe aqui em foco, Maria, a desenvolver esse estado tão peculiar descrito pelo autor, essencial para

a constituição do *self* e para a integração psicossomática do bebê. Destacamos, então, apenas algumas delas.

Em primeiro lugar, corroborando as idéias de Winnicott e também as dos outros autores aqui citados, que têm se dedicado a propor ações que facilitem a aproximação mãe-bebê quando há necessidade de internação hospitalar (Lupton e Fenwick, 2001; Singer et al, 2003; Ferraz, 2003; Pêgo, 2005), diríamos que uma equipe e/ou um ambiente adequado, ou suficientemente bom, podem ajudar a mãe a naturalmente desenvolver esse estado tão natural, preocupação materna primária, de forma singular; ou seja, trazendo para o ambiente hospitalar traços, marcas que dêem uma “cara” para a dupla, como, por sinal, foi justamente o que Maria pôde fazer em inúmeros momentos, em particular quando desenhou “carinhas” nas mamadeiras de Mateus.

Cabe, então, à equipe, ainda que dentro dos limites de organização de um hospital, acolher esses estilos diferentes de ser mãe, para que, dentro das possibilidades, a rotina de internação se torne mais próxima do ambiente familiar.

Há também uma outra estratégia de aproximação que merece destaque, também apontada na literatura (Huckabay, 1999), e que tem sido utilizada no hospital em que Maria teve seu filho. Trata-se de mostrar uma foto do bebê prematuro para a mãe, quando esta se encontra impossibilitada de vê-lo. No caso de Maria, esta estratégia parece ter tido um efeito positivo, pois ela pôde ver que seu filho havia sobrevivido apesar do estado grave, necessitando de toda a tecnologia de uma UTIN.

E há também outras estratégias que têm sido utilizadas para humanizar o ambiente hospitalar, como o método “mãe canguru”, utilizado principalmente nas instituições públicas, em especial no nordeste do Brasil; a possibilidade de os

familiares levarem pra a UTIN um chalé e/ou manta do bebê para ser colocado sobre a incubadora; colocar o nome dos prematuros de forma visível, para serem chamados pelo nome e não pelo nome de suas mães, por exemplo: RN de Maria.

Mas há ainda que se considerar características da mãe aqui em foco, as quais contribuíram decisivamente não só para a sobrevivência do bebê, mas também para que Mateus não tivesse muitas seqüelas, nem físicas e nem psíquicas, obviamente sem desconsiderar todo o aparato tecnológico dispensado e a competência da equipe de neonotologia, que tem cada vez mais aperfeiçoado seus conhecimentos e intervenções.

Diante de uma situação que compete contra a continuidade do vínculo mãe-bebê, Maria parece ter conseguido ir adiante, sendo que, em vez de se afastar da situação, com medo de investir afetivamente em um filho que talvez não pudesse viver, sustentou a dor e o sofrimento que ambos estavam enfrentando naquele momento. Com isso, pôde possibilitar a Mateus um lugar de existência dentro dela, de pertencimento, fundamental para a constituição do *self* e que garantiu todo o processo de personalização que se seguiu.

Durante meses, essa mãe passava seus dias no hospital, próxima de seu filho, dizendo-lhe palavras que acolhiam a ambos - destacamos em especial uma primeira “conversa” que teve com Mateus: *“Eu vou respeitar a sua vontade, caso você ache tudo isso aqui uma porcaria e não quiser ficar...”*. De fato, nesses meus anos de experiência com prematuros, nunca havia visto uma atitude como essa, uma condição de ver o filho como alguém diferente de si.

Geralmente, os pais evocam sua fé religiosa, pedindo pela sobrevivência do recém-nascido, inconformados com a situação. Maria, ao contrário, parecia manter uma esperança que não vinha de fora, de preceitos

religiosos, por exemplo, de uma força divina, mas de seus próprios recursos de mãe, envolta no estado natural de voltar-se totalmente para seu bebê. Confiante, ela se mantinha estável na oferta de cuidados, à disposição de Mateus, pronta para atendê-lo em suas necessidades, protegendo-o com sua presença constante; e, mesmo sem poder carregá-lo no colo, sustentava o filho com suas palavras cotidianas - “*Bom dia, filho, o dia esta começando, vou tirar leite para você*”; “*a mamãe te ama muito*”.

Em uma palavra, Maria ofertou *holding* a seu bebê, lembrando que, como ressalta Safra (2006): mais do que sustentar o bebê em seus braços, o *holding* diz respeito à condição da mãe de sustentar o filho dentro de si, em sua interioridade, em sua memória - só assim ele pode ser em continuidade, constituir o *self*.

Faz parte dessa constituição, também, inserir o filho na linha transgeracional; ou seja, dar a ele um lugar de pertencimento na família, de continuidade no tempo, algo que, logo de início, mesmo que ainda com o risco de morte, Maria se propôs a fazer: as roupas que haviam sido usadas por ela em seus primeiros meses de vida, os lençóis bordados pela avó, e o próprio diário, bem como o baú com registros do namoro com o pai indicam essa disposição de inserir o filho em uma linha de tempo, na história e tradição familiar.

Portanto, de acordo com o que vimos, na perspectiva winnicottiana, para o bebê caminhar em seu processo de constituição do ser, de personalização, é necessário uma mãe que o acolha, respeite, enxergue-o tal como ele é, seja estável em seus cuidados, em especial no início da vida, caracterizado como de dependência absoluta.

De fato, Winnicott enfatiza em toda sua obra que acontecimentos ocorridos nessa fase de “unidade mãe-bebê” são determinantes para a constituição da personalidade pela vida afora, e podem tanto contribuir para que a pessoa seja saudável como causar-lhe dificuldades. O mais importante acontecimento para um desenvolvimento saudável é, justamente, a sustentação - *holding* - ofertada ao bebê pela mãe e que possibilita que ele desenvolva confiabilidade no ambiente e em si mesmo.

Nessa perspectiva, acredito que este trabalho possa nos ajudar a entender que temos várias mães, cada uma com uma experiência e uma imagem de ser mãe diferente, sendo que a maneira como vão lidar e se comportar mediante uma situação inesperada também será individual.

Isso é fundamental para o clínico, que não pode então fazer inferências ou pré-julgamentos sobre as atitudes dessas mulheres e/ou de outros familiares perante o sofrimento que advém da prematuridade. O importante é, antes, considerar que cada mãe pode ter o seu ritmo próprio de encontrar uma forma de interagir com seu filho, que está, nesse primeiro momento, tomado pela alta tecnicidade de uma UTIN, necessária para sua sobrevivência física, o que pode sim dificultar a unicidade mãe/bebê e a dedicação natural por parte dela de cuidar do filho. Porém, é importante destacar que a preocupação materna primária pode sim ser vivida mesmo com o prematuro e na unidade hospitalar, até porque há situações favoráveis e que não necessariamente levam a mãe a entrar nesse estado.

Para o terapeuta, a importância disso tudo reside então na possibilidade de pensar estratégias de aproximação, de recuperação da esperança, do investimento afetivo, ainda que com a premência da perda.

Na condição de clínicos atuando no ambiente de UTIN, o que podemos então aprender com Maria, mãe de Mateus? Afinal, essa criança saiu dessa internação de quatro meses, apenas, com uma deficiência auditiva, e hoje é um menino saudável, forte, inteligente, carinhoso e alegre. Será que nós podemos criar condições para que essas duplas sejam assim felizes? Será que a equipe poderá ajudar a mãe a desenvolver algo que é natural e simples, a preocupação materna primária, de modo que, juntos, mãe e bebê consigam vencer as barreiras que a prematuridade impõe? Afinal, temos de nos preocupar com a vida que essas crianças terão após a alta, como as devolveremos à sociedade e quais as suas possibilidades de integração e de terem uma vida saudável.

Possibilitar esse encontro, facilitar a oferta de *holding* em um ambiente que é tão diferente da casa é, nessa perspectiva, tarefa fundamental da equipe, para que cada vez mais tenhamos crianças e mães constituindo um “ser” forte, para que possam viver e desenvolver as próximas etapas de amadurecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Althabe F, Guillermo C, Lede R, Belizán JM, Athalbe OH. El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. *Rev Panam Salud Publica* 1999;5(6):373-85.

Als H, Tronick E, Lester BM, Braselton TB. Specific neonatal measures: the Brazelton neonatal behavioral assessment scale. In: Osofsky J, editor. *Handbook of infant development*. New York: John Wiley; 1979. p.185-215.

Anderson J. Sensory intervention with the preterm in the neonatal intensive care unit. *Am J Occup Ther* 1986;1:19-26.

Barbosa AP. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. *J Pediatr (RJ)* 2004;80:437-8.

Beek Y, Samson JF. Communication in preterm infants: why is it different?. *Early Dev Parent* 1994;3(1):37-50.

Buchmayer SM, Sparén P, Cnattingius S. Previous pregnancy loss: risks related to severity of delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:1225-31.

Carmelo Jr JS, Martinez FE. Dilemas nutricionais no pré-termo extremo e repercussões na infância, adolescência e vida adulta. *J Pediatr (RJ)* 2005;81(1 Supl):S33-S42.

Carter RE, Campbell SK. Early neuromuscular development of the premature infant. *Phys Ther* 1975;55:1332-41.

Celeri EHRV. A mãe devotada e seu bebe. *Viver mente e cérebro* 2005;5 N. Esp: 28-39. (Coleção memória da psicanálise).

Creasey GL, Jarvis PA, Myers BJ, Markowits PI, KerKering KW. Mental and motor development for three groups of premature infants. *Infant Behav Dev* 1993;16(3):365-72.

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

Ferrari F, Grosoli MV, Fontana G, Cavazzuti GB. Neurobehavioural comparison of low-risk preterm and fullterm infants at term conceptual age. *Dev Med Child Neurol* 1983;25:450-8.

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

Figueiredo RSL. O bebê deficiente auditivo rumo às primeiras palavras: a questão do enquadre terapêutico fonoaudiológico [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2004.

Forlenza Neto O. Constituição do si-mesmo e transicionalidade. *Viver mente e cérebro* 2005;5 N. Esp:16-21. (Coleção memória da psicanálise).

Forslund M, Lewis M. Growth and development in pre-term infants during the first 18 months. *Early Hum Dev* 1985;10:201-6.

Gaito J. Theoretical Note DNA and RNA as memory molecules. *Psychol Rev* 1963;70(5):471-80.

Giglio MRP, Lamounier JA, Morais Neto OL, César CC. Baixo peso ao nascer em coorte de recém-nascido em Goiânia-Brazil no ano de 2000. *Rev Bras Ginecol Obstet* [periódico na internet]. 2005 [acesso em 28 jul 2007];27(3):130-6.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000300006&lng=en&nrm=iso.

Gorga D, Stern FM, Ross G. Trends in neuromotor behavior of preterm and fullterm infants in the first year of life: a preliminary report. *Dev Med Child Neurol* 1985;27(6):756-66.

Gorski PA, Huntington L, Lewkowicz DJ. Direct computer recording of premature infant and nursery care: distress following two interventions. *Pediatrics* 1990;72(2):198-202.

Haas JS, Afflick EF, Stewart AL, Jackson RA, Deam ML, Brawarsky P, et al. Pregnancy health status and the risk of preterm delivery. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:58-63.

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

Huckabay LMD. The effect on bonding behavior of giving a mother her premature baby's picture. *Sch Inq Nurs Pract* 1999;13(4):349-60.

Kennell JH, Klaus MH. Pais e bebês: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. Atendimento para pais de bebês prematuros ou doentes; p.245-75.

Klaus MH, Kennell JH. Assistência aos pais. In: Klaus M, Fanaroff AA. *Alto risco em neonatologia*. Rio de Janeiro: Interamericana; 1982. p.141-65.

Klaus MH, Kennell JH. Bonding: the beginnings of parent-infant attachment. St. Louis, MO: Mosby; 1983.

Klaus MH, Klaus PH. Seu surpreendente recém-nascido. Porto Alegre: Artmed; 2001.

Kilsztajn S, Rossbach AC, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. Rev Saude Publica [periódico na internet]. 2003 [acesso em 28 jul 2007];37(3):303-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000300007&lng=pt&nrm=iso

Lindgreen K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. Res Nurs Health [periódico na internet]. 2001 [acesso em 15 mar 2006];24:203-17. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/85005877/ABSTRACT>

Lupton D, Fenwick J. They've forgotten that I'm the mum: constructing and practicing motherhood in special care nurseries. Soc Sci Med 2001;53:1011-21.

MacCain G. Facilitating inactive awake states in preterm infants: a study of interventions. Nurs Res 1992;41:157-60.

Merriam SB. Qualitative research and case study applications in education. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1998.

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos [homepage na internet]. Brasília, DF: SINASC; 2000-2002. [acesso em 15 dez 2004]. Disponível em: <http://datasus.gov.br>

Mussen PH, Conger JJ, Kagan J, Huston AC. Child development & personality. 7.ed. New York: Haper & Row; 1990.

Oliveira LN, Lima MCMP, Gonçalves VMG. Acompanhamento de lactente com baixo peso ao nascimento: aquisição de linguagem. Arq Neuropsiquiatr 2003;61(3B):802-7.

Outeiral J. O homem. Viver mente e cérebro 2005;5 N. Esp:6-5. (Coleção memória da psicanálise).

Paludetto R, Rinaldi P, Mansi G. Early behavioral development of preterm infants. J Dev Behav Pediatr 1984;6(5):242-3.

Pêgo J. O trabalho realizado em UTP com bebês pré-termos e suas mães: contribuições ao método clínico fonoaudiológico [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005.

Piper MC, Byrne PJ, Darrah J, Walt MJ. Gross and fine motor development of preterm infants at eight and twelve months of age. Dev Med Child Neurol 1989;31:591-7.

Prechtl HFR, Fargel JW, Weinmann HM, Baker HH. Postures, motility and respiration of low-risk preterm infantis. Dev Med Child Neurol 1979;21:3-27.

Procianey RS, Guinsburg R. Avanços no manejo do recém nascido prematuro extremo. J Pediatr (RJ) 2005;81(1 Supl):S1-S2.

Rego JD. Aleitamento materno. Rio de Janeiro: Atheneu; 2003.

Rios IJA, organizadora. Conhecimentos essenciais para atender bem em fonoaudiologia hospitalar. São José dos Campos, SP: Pulso; 2003. Técnicas de sucção nutritiva para recém nascido prematuro; p.83-7.

Rugolo LM. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *J Pediatr (RJ)* 2005;81(1 Supl):S101-S10.

Safra G. Holding [Aula ministrada pelo Instituto Sobornost no Programa de Formação Continuada da UNIP]. São Paulo: Profoco da UNIP; 2006.

Safra G. Introdução à psicologia clínica: história e fundamento [Aula ministrada no Curso de Graduação em Psicologia Clínica]. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP; 2004.

Sameroff AJ, Chandler MJ. Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In: Horowitz FD, Hetherington M, Scarr-Salapatek S, Siegel G, editors. *Review of child development research*. Chicago, US: University of Chicago; 1975. p.187-244; v.4.

Schenk LK, Kelley JH, Schenk MP. Models of maternal-infant attachment: a role for nurses. *Pediatr Nurs* 2005;31(6):514-7.

Scochi CGS. A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem [tese livre docência]. Ribeirão Preto, SP: Escola de Enfermagem da USP; 2000.

Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite, AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev Lat Am Enfermagem* 2003;11(4):539-43.

Singer LT, et al. Effects of infant risk status and maternal psychological distress on maternal-infant interactions during the first year of life. *J Dev Behav Pediatr* 2003;24(4):233-41.

Souza DC, Troster EJ, Carvalho WB, Shin SH, Cordeiro AMG. Disponibilidade de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo. J Pediatr (RJ) 2004;80:453-60.

Terzi F, Calil T. A arte do scrapbooking: informações e idéias para montar seu álbum de fotografias. São Paulo: Interconnection; 2005. p.7.

Thoman EB. Early development of sleeping behaviors in infants. In: Ellis NR, editor. Aberrant development in infancy: human and animal studies. New York: Wiley; 1975. p.45-54.

Trachtenberg ARC, Kopittke CC, Pereira DZT, Chem VDM, Mello VMHP. Transgeracionalidade: de escravo a herdeiro: um destino entre gerações. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

Weingold AB. Gravidez de alto risco. In: Berkow R, Beers MH, editors. Manual Merck de informação médica: saúde para a família [monografia na internet]. São Paulo; c2004. [acesso em 15 mar 2006]. Disponível em: http://www.msd-brazil.com/msd43/m_manual/mm_sec22_244.htm

Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. 3.ed. Trad. de ICS Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990. p.163-74.

Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. 3.ed. Trad. de ICS Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983. Da dependência a independência no desenvolvimento do indivíduo; p.79-87.

Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. 3.ed. Trad. de ICS Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983. Teoria do relacionamento paterno infantil; p.38-54.

Winnicott DW. Os bebês e suas mães. 2.ed. Trad. de JL Camargo. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

Winnicott DW. O brincar e a realidade. Trad. de JOA Abreu. Rio de Janeiro: Imago; 1975. O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil; p.153-62.

Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: textos selecionados. 4.ed. Trad. de J Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1993. Preocupação materna primária; p. 493-8.

Winnicott DW. Natureza humana. Trad. de DL Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago; 1990.

Wolke D. Annotation: supporting the development of low birthweight infants. J Child Psychol Psychiatry 1991;32(5):723-41.

ANEXO

Anexo I**Termo de consentimento**

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável pelo menor _____, declaro ter sido informado(a) verbalmente e por escrito a respeito da pesquisa “MÃE E BEBÊ PREMATURO EXTREMO: POSSIBILIDADE DE VINCULO EM SITUAÇÃO ADVERSA”, realizada pela fonoaudióloga mestranda Iamara Jacintho de Azevedo Rios, sob orientação da Dr^a Beatriz Novaes na PUC-SP.

Concordo em participar espontaneamente desta pesquisa, sendo que serão realizadas entrevistas e analisado o diário realizado pela mãe. Concordo plenamente com os resultados observados para fins científico.

São Paulo, ____ de _____ de 2007.

Assinatura do Responsável

Assinatura da Pesquisadora

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)