

# A importância do ambiente no desenvolvimento do recém-nascido pré-termo

Jaqueline A. Pêgo\*

Suzana M. Maia\*\*

## Resumo

*Este artigo baseia-se na dissertação de mestrado O trabalho realizado em UTIP com bebês pré-termo e suas mães: contribuições ao método clínico-fonoaudiológico (Pêgo, 2005). O objetivo é apresentar os aportes teórico-práticos que têm sustentado a intervenção fonoaudiológica junto ao recém-nascido pré-termo, durante a sua internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) até a alta hospitalar, especificamente no que diz respeito à necessidade de acolher a mãe para que ela possa cuidar de seu bebê. Destaca a necessidade do fonoaudiólogo na equipe neonatal para a compreensão e o tratamento das dificuldades alimentares do recém-nascido pré-termo e de sua condição de alto risco para problemas no desenvolvimento e na constituição do vínculo mãe/bebê. Os pressupostos teórico-metodológicos que embasaram este estudo advêm das articulações estabelecidas entre fundamentos da Neurociência, da Psicanálise winnicottiana, do Tratamento Neuroevolutivo-“Conceito Bobath” e da Teoria Síncrono-ativa, importantes para a compreensão do trabalho fonoaudiológico voltado ao recém-nascido de risco. Foi destacada a importância da mãe como primeiro ambiente de um bebê, fundamental, portanto, em sua constituição como pessoa. Pode-se concluir que esse tipo de trabalho fonoaudiológico exige que o profissional esteja sintonizado com o bebê, com a mãe e também com a equipe hospitalar. Nessa perspectiva, é possível acolher a dupla mãe/bebê, humanizar o ambiente de UTIP e favorecer ao pequeno paciente que conquiste as aquisições desse período inicial da vida.*

**Palavras-chave:** prematuro; alimentação; relação mãe/bebê; Neurociência.

## Abstract

*This article is based on the Master degree essay “The work performed at the PITU (Pediatric Intensive Therapy Unity) with preterm infants and their mothers: contributions to the clinical – speech therapy method “ (Pêgo, 2005). Its purpose is to present the theoretical and practical approaches which have supported the speech therapy assistance on the preterm newborn during its internment at the PITU until its discharge concerning mainly the issues involving the needs to support the mother so that she can take care of her baby. It reinforces the need of the speech therapy in the newborn staff. This is necessary for the understanding and the treatment of the feeding difficulties of the preterm infant and its high risk condition for problems in its development and in the constitution of the mother/baby bond. The theoretical-methodological bases of this study originated from the joint established among the foundations of the Neuroscience, the winnicottian Psychoanalysis, Neurodevelopment Treatment- “Bobath Approach” and*

\* Mestre em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, especialista em Motricidade Oral pelo CFFa., coordenadora do curso de Especialização em Motricidade Oral com enfoque hospitalar pelo CPG da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, formação para Instrutora em Fonoaudiologia pelo Tratamento Neuroevolutivo-“Conceito Bobath”.

\*\* Psicanalista, doutora em Linguística pela Universidade de São Paulo, professora titular da PUC-SP.

*Synactive Theory. All of them are very important for the understanding of the speech therapist work with the infant born at risk. The importance of the mother as the first environment of a baby was also reinforced due to her importance in the baby's constitution as a "person". It can be concluded that this type of speech therapy work demands that the professional must be connected with the baby, the mother and also the members of the hospital staff. In this perspective, it is possible to receive the mother-baby couple, to humanize the UTIP environment and provide the small patients with tools that allow them to conquer the acquisitions of this period of life.*

**Keywords:** *premature Infant; feeding Methods; mother/baby relationship.*

## Resumen

*Ese artículo se basa en la disertación de maestría "El trabajo realizado en UTIP con recién nacido prematuro y sus madres: contribuciones al método clínico-fonoaudiológico" (Pêgo, 2005). El objetivo es presentar los aportes teórico-prácticos que tiene sustentado a intervención fonoaudióloga junto al recién nacido prematuro, durante a su internación en Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), hasta la alta hospitalaria, en particular, en lo que refiere a la necesidad de acoger a la madre para que ella pueda cuidar de su bebé. Destaca la necesidad del fonoaudiólogo en el equipo neonatal, para la comprensión e tratamiento das dificultades alimentares del recién-nacido prematuro y de su condición de alto riesgo para problemas en el desarrollo y en la constitución del vínculo madre/bebe.*

*Los presupuestos teórico-metodológicos que embasaron este estudio advienen de las articulaciones establecidas entre fundamentos de la Neurociencia, de la psicoanalice winnicottiana y también del Tratamiento Neuroevolutivo –"Concepto Bobath" y de la Teoría Síncrono-activa, importantes para la comprensión del trabajo fonoaudiólogo volcado al recién-nacido de riesgo. Fue destacada la importancia de la madre como primero ambiente de un bebe, fundamental, por lo tanto, en su constitución como persona. Se concluye que este tipo de trabajo fonoaudiólogo exige que el profesional esté sintonizado con el bebe, con la madre y también con el equipo hospitalaria. En esa perspectiva, es posible acoger a la dupla madre/bebe, humanizar el ambiente de la UTIP y favorecer al pequeño paciente que conquiste las adquisiciones de ese periodo inicial de la vida.*

**Palabras claves:** *prematuro; alimentación; relación madre/bebe.*

## Introdução

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

Mas como levar as mães que mostram dificuldades de maternagem, nessas condições tão delicadas, a cuidar de seus filhos, alimentá-los com vivacidade, adaptando-se às necessidades deles?

Essa inquietação tem se tornado cada vez mais presente em minha atuação clínica, juntamente com outra: como preocupar-me com o funcionamento orgânico do bebê e, ao mesmo tempo, contemplar as demandas da mãe no atendimento?

Para respondê-las, iniciei o presente artigo situando a história do tratamento intensivo neonatal, mais especificamente o que levou o fonoaudiólogo a fazer parte da equipe multiprofissional dedicada a esses pacientes e a síntese do meu percurso pessoal na área. Em seguida, apresento os principais aportes teóricos que têm embasado minha prática, bem como um episódio clínico, que serviu, apenas, para aproximar o leitor do tipo de questão presente no cotidiano hospitalar<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Este artigo é uma síntese de minha dissertação de mestrado (Pêgo, 2005), na qual apresento um estudo de caso completo, abordando detalhadamente a rotina de cuidados fonoaudiológicos voltados para a dupla mãe-bebê e para a equipe multiprofissional.

O caso selecionado apresenta uma situação comumente vivida em ambiente de UTIP. Trata-se de uma mãe que se mostrou instável nos cuidados com seu bebê, com dificuldades de identificar as necessidades dele, o que poderia comprometer seu desenvolvimento inicial. O relato baseou-se em minha memória clínica e em dados recolhidos no prontuário hospitalar, sendo que a dupla foi atendida durante dez dias, no momento em que a equipe solicitou intervenção fonoaudiológica para desmame da sonda.

### Bases teóricas para o atendimento fonoaudiológico em UTIPs

No tipo de intervenção em foco neste artigo, há a constante preocupação com a sobrevivência do organismo e do funcionamento sensorio-motor, principalmente no que se refere à busca da sincronia entre sucção, deglutição com a respiração (SSDR) e da alimentação oral segura e eficiente (Glass e Wolf, 1992, 1994; Pinelli e Symington, 1998; Soares, 2002; Bühler e Limong, 2004).

Porém, no período inicial da assistência médica em terapia intensiva neonatal, promovida então por jovens especialistas em neonatologia, era alto o número de óbitos, porque não se contava com a tecnologia necessária, isto é, com o número adequado de unidades, leitos e de pessoal treinado que pudesse realizar intervenções com o caráter de urgência necessário em caso de recém-nascido de alto risco. Nessa ocasião, portanto, só sobreviviam os menos graves e imaturos do ponto de vista orgânico.

Mas os cuidados foram se tornando mais específicos, e, mesmo nessa situação adversa, sobretudo os recém-nascidos pré-termo (RNspT), de baixo peso (BP) e pequenos para a idade gestacional (PIG) foram tendo uma maior sobrevida.<sup>2</sup>

A partir daí, tornou-se premente a busca pela resolução de um problema que passou a surgir, qual seja, a internação hospitalar prolongada em consequência do insucesso no desempenho da função oral de alimentação, levando ao aumento do risco de esses pacientes contraírem infecção hospitalar.

Os sobreviventes encontravam-se, então, mais expostos à sobrecarga orgânica, a uma piora do estado geral e com as seguintes questões:

- Alta imprevisível;
- Função com compensação;
- Estabilidade clínica/orgânica, crescimento, desenvolvimento, vida orgânica e psíquica em risco;
- Alto risco de reinternação (desnutrição, pneumonia aspirativa).

Foi nesse contexto de urgência que, assim como outras poucas fonoaudiólogas, ingressei no tratamento de recém-nascidos de alto risco.

No início, éramos chamadas para viabilizar o desmame da sonda (isso a partir da facilitação da SSDR) e promover a alimentação segura e eficiente por via oral, o que se tornou critério para a alta hospitalar (Pêgo, 1988). A partir daí, os neonatologistas e toda a equipe perceberam a importância da atuação da Fonoaudiologia para que o bebê fosse para casa em boas condições, alimentando-se bem e sugando de maneira eficiente. Pensando-se em garantir o vínculo afetivo mãe/bêbê, a amamentação passou a ser privilegiada.

Nessa ocasião, já bastante envolvida com esse tipo de atuação, optei por aprofundar os conhecimentos específicos dessa prática clínica de tratamento precoce pela abordagem de Tratamento Neuroevolutivo- “Conceito Bobath”, pioneira na estruturação de uma forma de proceder com esses bebês de alto risco, também no período da internação hospitalar (Proença e Hernandez, 1987).

Através do “Conceito Bobath”, aprendemos a manuseá-los de modo a permitir que se desenvolvessem de uma forma integrada, organizada dentro de uma estrutura de funcionamento global, sem fragmentar a região da boca (Lacerda, 1998).

Para tanto, o terapeuta precisa adotar um procedimento de manuseio global (facilitar a organização da postura global, gradativamente dando ênfase ao manuseio que ativa a musculatura do tronco e as reações de retificações), até chegar a aspectos específicos da facilitação da função oral, isso sem desconsiderar o nível maturacional do bebê em relação ao seu sistema sensorio-motor global e oral, os aspectos do neurocomportamento (autorregulação) e os clínicos (estado geral e diagnósticos) (Anderson e Auster-Liebhaber 1984; Girolami e Campbell, 1994).

<sup>2</sup> A classificação acima identifica que RNspT são os que nascem com Idade Gestacional (IG) inferior a 36 semanas e seis dias; BP quando o peso de nascimento (PN) é menor que 2500g e PIG quando o PN é menor que o esperado para a IG. De fato, tem-se condição anátomo-fisiológica condizente com a vida a partir de 24 semanas de IG e peso ao nascimento (PN) acima de 500g.

Assim, a técnica de manuseio/sensorial é uma ferramenta essencial no tratamento; ela permite que o terapeuta sinta a mudança na postura, no movimento e na função de alimentação, sendo que, para tal eficácia, é necessário que desenvolva a habilidade para avaliar minuciosamente a condição fisiológica e também saber identificar e interpretar o comportamento do bebê de alto risco. É, pois, fundamental compreendermos o “curso” de seu desenvolvimento, especialmente no caso de prematuridade.

Contribuem enormemente para esse tipo de prática clínica os estudos publicados por Als, com o seu Programa de Avaliação e Cuidados Individualizados para o Desenvolvimento do Neonato (NIDICAP) e também com a sua teoria Síncrono-ativa (Als, 1986) para a compreensão do desenvolvimento individual funcional do RN de risco, ressaltando o desenvolvimento sensório-motor como único.

Als elaborou o seu modelo teórico de tratamento em UTIP a partir dos estudos feitos por numerosos pesquisadores sobre a capacidade funcional, a adaptação do RN, a interação mãe-bebê e de uma questão central definida, a Homeostase.

Nesse modelo teórico estruturado – Teoria Síncrono-ativa – os sistemas identificados (autônomo, motor, organização dos estados, atenção-interação e regulador) desenvolvem-se seqüencialmente e são interdependentes. Conseqüentemente, o comportamento em um sistema causa impacto em outro. As capacidades desses sistemas são observadas a olho nu, via comportamento, e dessa maneira podemos identificar o limiar do bebê em relação ao estresse, sua “real” disponibilidade de energia para o procedimento, de acordo com a capacidade de funcionamento nos intersistemas. Dessa maneira, esse modelo orienta o entendimento entre o comportamento de sucção e a maturação neurocomportamental.

Todos os aspectos do programa de avaliação e tratamento para o desenvolvimento do neonato conduzem a uma atenção e a cuidados individualizados, o que promove um profundo relacionamento entre o cuidador e o bebê (incluindo os pais).

Nessa perspectiva, o enfoque está na sintonia entre o bebê e seu cuidador e em facilitar que a mãe possa se vincular e cuidar de seu filho de maneira que ele atinja a homeostase e estabeleça ritmos regulares de alimentação, de sono/vigília, demonstre a capacidade de auto-regulação, de ser consolado e de interação social.

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

Dando prosseguimento a minha prática clínica com os bebês em UTIP, fui buscando, por um lado, a resolução para os seus problemas sensoriais, motores e da função de alimentação, e por outro, maneiras de aproximar a mãe desse bebê.

Porém, intuía que algumas questões trazidas pela dupla não eram contempladas em meu fazer clínico. De fato, sabemos que a formação do fonoaudiólogo pouco aborda essa problemática. Porém, em meus atendimentos cotidianos, já vinha observando sintomas fonoaudiológicos (dificuldades na linguagem, fala e no estabelecimento de padrões mais maduros de alimentação) que, em parte, pareciam resultar das dificuldades advindas dos relacionamentos iniciais e não apenas do distúrbio orgânico/funcional de meus pacientes. Assim, muitas vezes, alterações no comportamento da alimentação – tais como no ritmo da sucção, da deglutição e da respiração, na modulação do tônus, na diferenciação do estado de sono e de vigília, na interação social, além de irritabilidade e desinteresse – podem decorrer de dificuldades na constituição do vínculo mãe-bebê, ou na quebra dele, com a separação muito precoce entre ambos. Esses aspectos também precisam ser considerados, portanto, na avaliação e no atendimento clínico fonoaudiológico.

Cabe-nos, nessa medida, encontrar maneiras de cuidar bem da mãe para que ela possa cuidar de seu filho, e aqui refiro-me à necessidade de o profissional acolhê-la em sua dor, escutando-a e permitindo que ela se ampare nele e nos cuidados que serão dedicados pela equipe ao seu bebê. O terapeuta busca, assim, fornecer um alicerce essencial às questões do neurodesenvolvimento e à restauração de um vínculo seguro, compreendendo que, nessa etapa, é impossível separar o que favorecerá o funcionamento adequado do organismo do bebê de sua constituição psíquica.

Nessa perspectiva, pude, ao longo dessa minha prática clínica, vislumbrar que o manuseio configura-se como um meio através do qual o terapeuta pode cuidar da alimentação do paciente (sensório-motor), fazendo com que possa “funcionar” e possibilitando que se apresente em sua totalidade física e psíquica. Mas, para tanto, as condições ambientais, primordialmente representadas na figura da mãe, devem ser igualmente contempladas.

E é justamente nesse aspecto que tenho constatado que, muitas vezes, por estarmos excessivamente comprometidos com um saber técnico e identificados com as demandas urgentes do paciente, buscamos mais orientar a mãe sobre como proceder com seu filho, por exemplo, como posicioná-lo adequadamente para a alimentação, do que acolhê-la em sua dor ou observar se ela está, de fato, em condições de se disponibilizar para aquele bebê com dificuldades.

Então, no intuito de aprofundar meus estudos e encontrar formas de atribuir um *status* terapêutico ao acolhimento das mães, conheci o trabalho do psicanalista e pediatra D. W. Winnicott. A seguir, apresento alguns de seus construtos, em especial, a compreensão do autor sobre o processo maturacional dos lactantes, que nos permite vislumbrar a importância do ambiente na constituição do recém-nascido pré-termo.

### Primeiros momentos da constituição humana segundo Winnicott

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

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

Winnicott (2002, p. 1)<sup>3</sup> ressalta que “não tinha o menor interesse em tentar dizer às pessoas o que deveriam fazer”, ou seja, não pretendia ensinar as mães como cuidar de seus filhos, pois, para ele,

essa era uma tarefa impossível de ser ensinada, o que, de fato, observamos em toda a sua obra, tanto na teoria como na prática clínica. Dessa forma, contribuiu grandemente e forneceu subsídios para uma nova perspectiva de orientações comumente feitas na área da saúde, especialmente às mães de bebês com algum tipo de sofrimento: “convém distinguir as coisas que acontecem naturalmente das que têm de ser aprendidas; por isso, tento distinguir entre ambas, de maneira que tudo quanto sucede naturalmente não se estrague” (id., 1957-1964/1985, p. 9).

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

De fato, a vida prepara, equipa a mulher para a função materna, por exemplo, quando as meninas brincam de boneca; e também, como todas, a futura mãe já foi bebê um dia, sendo então acolhida e cuidada, o que fica registrado em sua memória corporal. A possibilidade de cuidar do seu bebê, portanto, não se inicia após o nascimento dele, mas muito antes, sendo esse um momento de atualização de algo que já está inscrito na história de vida de cada uma.

A futura mãe terá, ainda, nove meses de preparação. Trata-se de um período importante de transformação, sendo que, quando o bebê nasce, ela entra comumente em uma fase da qual costuma se recuperar nas semanas e meses posteriores, e na qual, em grande parte, ela é o bebê e o bebê é ela. A sensibilidade da mulher fica, então, aumentada, e ela se vê dotada de uma habilidade de drenar o interesse em si mesma para o bebê, o que dá a ela capacidade especial de fazer a coisa certa. Identificada com o seu bebê, torna-se capaz de se colocar no lugar dele, adaptar-se às suas necessidades, esperando até que ele esteja pronto para o contato e propiciando a recuperação da continuidade do ser na vida extra-uterina.

<sup>3</sup> Nas referências à obra de Winnicott informo, sempre que possível, o ano da primeira publicação do texto e o da edição aqui utilizada.

Essa condição psicológica foi denominada pelo autor *preocupação materna primária*. É ela que permite que o processo se coloque em marcha e o bebê comece a ter o impulso de procurar o alimento, com a mãe segurando-o, ao mesmo tempo em que busca encontrar o caminho para isso junto com ele.

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

Winnicott (1990, p.121) usa o termo *primeira mamada teórica* para se referir às primeiras experiências concretas com a amamentação. Nessa primeira mamada teórica, “além da necessidade biológica, há a necessidade de encontro com o outro, de se constituir através desse encontro” (Maia, 2004).

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

Na concepção winnicottiana, o bebê não quer tanto alguém que lhe dê alimentação correta, na hora certa, mas, sobretudo, alguém que *ame alimentá-lo*, que se mostre devotada e atenta às suas necessidades; só assim ele interioriza a sensação de ter sido bem cuidado. Trata-se, aqui, do que o autor denominou *holding*, que é a maneira pela qual o bebê é segurado pela mãe, não apenas sustentado nos braços dela, envolvido para que ela o alimente, mas, também, sendo atendido em suas necessidades, estando a mãe em sintonia com ele. O autor

preconizou “ampliar o seu significado [*holding*] para que possa abranger tudo aquilo que nesta época uma mãe *é* e o faz” (id., 2002, p.4). Assim, ela sabe quando o bebê está ou não com fome, a temperatura ideal da água para o banho, cuida do entorno e está presente como alguém em condições de se colocar no lugar dele, sendo então capaz de lhe oferecer *cuidados suficientemente bons*.

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

Através dos princípios psicanalíticos winnicottianos, pude perceber que a função materna inclui outra dimensão, a de possibilitar ao bebê habitar o próprio corpo, vindo a se tornar uma unidade – *o eu sou*. Para o autor, isso constitui uma conquista essencial do amadurecimento, que vem da junção soma e psique. Para tanto, é necessário o cuidado maternal que forma uma unidade junto com o bebê.

Assim, para Winnicott, no nascimento, o bebê encontra-se em disponibilidade para a continuidade do processo “de crescimento físico e das tendências herdadas do desenvolvimento da parte psíquica que se dá na parceria psicossomática” (Winnicott apud Davis e Wallbridge, 1982, p. 51). Dessa maneira, o bebê não nasce com um corpo, o que existe é o soma/corpo vivo, um conjunto anatômico de órgãos/sistemas que estão formados, e a isso é acrescido um potencial para o desenvolvimento de uma personalidade, processo esse ligado à maternagem (Winnicott, 1983/1990b). Nesse momento inicial, o cuidado materno vai ao encontro da satisfação dessa dependência absoluta.

Nesse início da vida, a psique começa a se formar, então, como uma representação imaginativa das funções corpóreas. A vida do bebê já é pessoal, pois tudo é experienciado no corpo e pelo corpo. Sendo assim, a psique pode ser ocupada pela elaboração imaginativa do funcionamento orgânico e das sensações, o que é significativo para o corpo personalizado do bebê.

O cuidado materno correspondente a essa tarefa de alojamento da psique no corpo é o manejo/manuseio, denominado *handling* por Winnicott. O manejar faz parte do segurar total – *holding* –, já anteriormente definido. Aqui, podemos ilustrar com todo tipo de sensação que pode ser vivenciada pelo bebê ao ser manejado e que favorece que ele habite o próprio corpo.

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

Com o corpo sendo sustentado e estando em contato direto com o corpo da mãe em todos os tipos de experiências funcionais, sensoriais e motoras, o bebê pode desenvolver um esquema corporal pessoal, que é uma representação interna importante para a memória e o mapeamento da sensação e da ação.

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

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

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

Na etapa inicial, “o amor da mãe é expresso em termos de assistência física” (Winnicott, 1957-1964/1985, p.207). A mãe adapta-se de maneira ativa às necessidades do seu filho, que é, afinal, o

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

Winnicott não vê o bebê apenas como organismo e, assim, não podemos pensar que há, no início, uma relação de reciprocidade<sup>4</sup> entre ele e sua mãe, pois o bebê ainda não é uma unidade, e sim faz parte da unidade mãe-bebê. A adaptação provém, pois, exclusivamente da mãe.

### Sintonia mãe recém-nascido pré-termo

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

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

Estamos diante de uma condição considerada de risco para a formação do vínculo mãe-bebê e, conseqüentemente, para a constituição de *self* deste, pois, como vimos, “os processos de maturação do indivíduo precisam de um ambiente de facilitação para que possam concretizar-se” (Winnicott, 2002, p. 32).

<sup>4</sup> Lembro que, por muito tempo, a grande referência da área para compreendermos a relação mãe-bebê era o estudo de Brazelton. Segundo o autor, há entre eles uma relação de reciprocidade, sendo que “o bebê é portador de um equipamento que o predispõe à relação e à adaptação” (Brazelton, 1987, p.47). Winnicott, de fato, vai além.

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

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

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

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

Geralmente, essas mães também não sentam de maneira confortável para amamentar – a pélvis não fica em posição neutra (90 graus – apresenta-se retrovertida ou anterovertida) e as costas, portanto, não ficam devidamente apoiadas no encosto. Com isso, limitam a mobilidade do tronco e a força de sustentação dos braços. Ficam então impedidas de prover um bom suporte para o corpo do bebê, deixam de usufruir o prazer de segurá-lo e manuseá-lo no colo ou de um braço para outro e não vivenciam todas as sensações advindas daí. O bebê, por sua vez, fica com uma limitada vivência da sensação do movimento contra a gravidade e, com isso, não responde aos cuidados da mãe para alimentá-lo: por estar muito fletido ou muito assimétrico, ou, ainda, muito estendido. É muito

comum que o bebê pré-termo extremamente doente e que passou por uma longa e sofrida hospitalização apresente pobre habilidade de retificação/endireitamento e, ao ser segurado, se assiste e chore, com as mudanças súbitas de posição no espaço. Se estiver sendo amamentado, a mamada é interrompida, pois não há um encaixe perfeito da boca do bebê no seio.<sup>5</sup>

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

Outro aspecto importante é que os prematuros, mesmo já estando estáveis clinicamente, podem se apresentar muito sonolentos, e o que colaboraria para saírem desse estado, definindo mais os estados de consciência sono-vigília, seria justamente o manuseio/sensorial por parte das mães antes do horário da dieta (ao retirá-lo do leito, ao fazer a sua higiene, ao carregá-lo, ao tocá-lo e falar com ele), de forma a ativar o sistema somatosensorial (tátil, proprioceptivo e vestibular), e também a movimentação espontânea do RN, no leito, na água e no colo. Porém, essas mães, geralmente, ficam inseguras sobre a real capacidade dos bebês de usufruírem desse manuseio e, com isso, elas deixam que permaneçam mais letárgicos, inclusive pela maneira como são segurados e manuseados no colo e no leito. Em momentos como troca de fraldas ou banho, geralmente, elas tendem a protegê-los/ou a desprotegê-los excessivamente.

Todas essas dificuldades envolvem ajustar o corpo para as necessidades advindas do bebê (cárdio-respiratório/fisiológicas, do comportamento sensorio-motor, auto-regulação/nível de estresse) para que ele possa juntar e coordenar o próprio corpo de maneira segura.

Ressalto que, no caso de mães de prematuros, é mesmo muito difícil pressupor que é pelo tronco e pela pélvis (e isso sendo feito sem deixar dependurado os braços, as pernas e a cabeça) que deve ser estabelecido o manuseio e que, dessa maneira,

<sup>5</sup> A reação de retificação/endireitamento, e que orienta a posição da cabeça no espaço e em relação ao corpo, envolveria segmentos do corpo, e a superfície de suporte, sendo uma adequação do corpo à entrada sensorial. Nos bebês, essa reação pode ser iniciada como uma resposta vinda do sistema visual, somato-sensorial (cutâneo, proprioceptivo e receptores das articulações) e sistema vestibular e do SNC na capacidade de interpretar a importância relativa ao estímulo vindo dos sistemas.

o bebê pode se apresentar com a postura e os movimentos organizados na linha média (LM) e estabelecer um contato mais prolongado, responder aos cuidados durante a alimentação, à voz, ao olhar e ao toque. Cabe então ao fonoaudiólogo esclarecê-las quanto a isso. Porém, esse esclarecimento não deve, jamais, destacar-se das condições reais e do ritmo de percepção da mãe; devemos, sim, reconhecer as particularidades da dupla. Não há, pois, fórmulas a serem seguidas, mas parâmetros e princípios de intervenção que precisam ser, de fato, compreendidos e contemplados pelo profissional.

### Episódio clínico

Para esclarecer essa questão, apresento então um episódio clínico. Trata-se de um bebê pré-termo do sexo feminino, sendo que a mãe era solteira e havia escondido a gravidez da família. A RN foi classificada como pequena para idade gestacional (isto é, o peso era baixo em relação a sua idade gestacional), mas permaneceu pouco tempo em terapia intensiva, logo se mostrando organicamente mais madura.

O bebê estava em uso da sonda nasogástrica (SNG) para a alimentação e, nesse momento, os cuidados da equipe estavam voltados para dar início ao processo de desmame, tendo como parâmetro a rotina de sucção nutritiva. Assim que iniciiei o atendimento, fui informada pela equipe de enfermagem que a mãe não estava fornecendo leite materno, pois dizia que ele havia secado. Então, foi oferecida ao bebê sua primeira dieta por via oral, com 5ml de leite industrializado na *chucca*, sendo que a SNG foi mantida para fornecer o volume complementar da dieta. A menina foi entregue à mãe pela enfermeira, que a tinha vestido e enrolado em uma colcha, deixando os seus braços livres. Fiquei sentada próxima de ambas e pude observar que a RN estava alerta e bem junto ao colo da mãe, que a posicionou de maneira elevada – o tronco estava retificado e os braços flexionados, porém afastados da linha média, permanecendo então paralelos ao tronco. No desenvolvimento sensório-motor, essa postura sugere que o tônus flexor não está totalmente desenvolvido.

A mãe segurou a *chucca* e a ofereceu à filha, que respondeu com a procura, abrindo e fechando a boca, e com uma organização motora global que acompanhava essa movimentação – os braços flexionaram e a cabeça, com leve hiperextensão,

encaixou-se no tronco. Mas, ao responder com o movimento de procurar/abrir/fechar a boca, a menina não pôde encontrar o bico, que permaneceu posicionado fora da cavidade intra-oral. Isso ocorreu porque a mãe não combinou a sua movimentação com a da filha, e, dessa maneira, não houve a facilitação do processo de abocanhar, englobar o estímulo com a língua e iniciar a sucção.

Observei que, embora demonstrasse estar emocionada com o comportamento da filha, sorrindo e olhando para ela, a mãe também parecia estar insegura nos cuidados, e a todo momento me perguntava o que deveria fazer para alimentá-la. Ainda que permanecesse com a boca fechada, a menina estava alerta e tranqüila e sugeriu então à mãe que introduzisse o bico da *chucca* na cavidade oral; sorrindo, ela revelou que tinha medo de fazê-lo. Disse que a ajudaria, que tomaríamos cuidado e iríamos direcionar o bico para cima (em direção ao palato duro). O bebê, então, sugou, com ritmo e coordenação, movimentando avidamente as mãozinhas, que permaneceram posicionadas junto ao tronco. Optei por oferecer-lhe o meu dedo para que o segurasse e fui buscando, pelo manuseio, diminuir a retração escapular e assim trazer os seus braços em direção à LM. Antes disso, levei uma das suas mãos até sua face, e assim a recém-nascida pôde sentir os movimentos da sua sucção e, com ritmo, esfregava os seus dedinhos no rosto. A mãe continuava a olhar a filha.

Após ter sugado o volume prescrito, a menina permaneceu alerta, com o braço da mãe entrelaçando o seu corpo. Notei que buscava olhar com avidez para a mãe, porém esta não correspondeu, pois estava voltada para a equipe de enfermagem. Com um largo sorriso no rosto, e com o corpo todo sacudindo, a mãe anunciava a todos como a sua filha, tão sonolenta no dia anterior, já começava a se apresentar mais acordada, esperta, procurando e sugando bem. Momentos depois, pôde se voltar para a menina, que já estava de olhos cerrados, e permaneceu quieta, contemplando-a.

Nesse mesmo dia, essa mãe pôde acompanhar as orientações da enfermeira. Primeiramente, observou como a filha era segurada e como sua roupinha era retirada; depois, como era colocada na incubadora e posicionada com a cabeceira elevada em decúbito lateral, com os rolinhos sendo utilizados para mantê-la alinhada (tronco, membros e cabeça) e aninhada. Foi então oferecido à mãe um banquinho para que sentasse em frente à porti-



nhola da incubadora, que permaneceu aberta. Pude mais uma vez presenciar o bebê fixando o olhar na direção da voz da mãe, mas esta estava de costas, direcionada para equipe de enfermagem, e, quando se voltou, a filha já se encontrava retraída/recolhida, as pálpebras entreabertas, o olhar vago, o corpo entregue, solto.

A partir desse encontro, e observando essa oscilação da mãe, fui buscando maneiras de aproximar essa dupla. Então, uma primeira conduta foi combinar com a mãe que iríamos nos encontrar na unidade aproximadamente trinta minutos antes do horário previsto para a dieta; assim, ela teria tempo de estar com a sua filha, ir “descobrir” o seu bebê. Supunha que, a partir da percepção da mãe em relação às necessidades da menina, eu poderia ajudá-la nos cuidados e no preparo para a amamentação.

Nesses atendimentos, por exemplo, a mãe foi presenciando a sua filha acordar espontaneamente e levar as mãozinhas à face, começar a chorar demonstrando fome e também acalmar-se ao ser contida no colo. Quando a mãe falava, a RN olhava para ela, aceitava a chupeta enquanto a higiene era finalizada e ia mostrando bastante interesse em chupar a mãozinha, visto que abria bastante a boca e sugava cada vez com mais força e ritmo. Também se alimentava tranquilamente por via oral e depois arrotava.

Nessa ocasião, os parâmetros da monitorização clínica e mecânica já indicavam a tendência do bebê à homeostase.

No processo, a mãe foi se disponibilizando a estar mais tempo com a sua filha, visto que retornava à unidade para oferecer a alimentação por sucção mais vezes por dia. Pôde também acompanhar a progressão no ganho de peso da menina e reconhecer quando esta foi se mostrando mais “madura”. A partir desse reconhecimento por parte da mãe, fui aumentando o volume a ser ingerido por via oral até ser possível liberar o volume total da dieta por sucção e retirar a SNG.

De fato, a mãe foi constatando que o processo de desenvolvimento da sua filha estava em marcha, pôde reconhecer que ela tinha boa saúde e dizer o quanto estava surpresa; ela olhava a RN e dizia sorrindo: “Como você é esperta!”. Era mesmo muito vivo o olhar desse bebê. Assim, se, por

um lado, a mãe estava ansiosa pela alta hospitalar, por outro, tranquilizava-se, pois estava confiante em relação à evolução da sua filha e consigo mesma, pois a cada dia mostrava-se mais segura na maneira de dela cuidar.

Os atendimentos se sucederam ao longo de quase uma semana, período em que pude acompanhar essa dupla e presenciar a mãe se aproximando cada dia mais de sua filha, contemplando-a e reconhecendo o seu ritmo; e a menina pôde corresponder a esses cuidados.

Ressalto que esse tipo de situação é muito comum no cotidiano da clínica com bebês – tanto nos consultórios particulares (principalmente quando encaminhados nos três primeiros meses de vida), nas instituições hospitalares, como também nas clínicas-escolas das faculdades de Fonoaudiologia.<sup>6</sup> Além do bebê pré-termo, também são encaminhados para tratamento aqueles que apresentam sinais de desvio no neurodesenvolvimento funcional, os síndromicos (Síndrome de Down e Seqüência de Pierre Robin) e os com malformações congênitas (fissuras labiopalatinas), sendo que todos eles têm problemas com a alimentação, o que, conseqüentemente, leva as mães a terem dificuldades no manejo dos seus filhos.

Considero, então, que a questão primordial a ser refletida na área fonoaudiológica que cuida desses bebês é que precisamos ter um olhar humanizado para o outro. Isso significa compreender que o saber técnico, por si só, não garante um desenvolvimento saudável do bebê junto à família. Mais do que simplesmente alimentá-lo biologicamente, o desafio para o profissional é colocar a precisão dos procedimentos a serviço das necessidades do bebê e de sua mãe. Ou seja, esse tipo de trabalho fonoaudiológico exige que o profissional esteja sintonizado com o bebê e com a necessidade que ele apresenta de cuidados específicos; com a mãe, buscando maneiras de acolhê-la para que, no processo, ela possa reconhecer as necessidades individuais do seu filho e desenvolver uma relação vincular; e também com a equipe hospitalar, o que inclui a possibilidade de criar situações para que o bebê e a sua mãe possam viver as experiências de que necessitam para a formação do vínculo que os unirá, essencial na constituição do ser. Para tanto, o profissional precisa integrar conhecimentos de

<sup>6</sup> Remeto o leitor a minha dissertação de mestrado, já citada anteriormente, pois nela apresento um estudo de caso clínico em que as questões aqui formuladas se tornam ainda mais claras.



várias áreas a fim de auxiliar seu pequeno paciente a chegar à alimentação natural.

### Considerações finais

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

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

Os cuidados fornecidos em ambiente de UTIP representam, pois, uma ameaça ao desenvolvimento da pessoa. As informações que vêm desse tipo de experiência estressante, da falta de sintonia entre o cuidador e o bebê, agem no cérebro totalmente imaturo, impedindo que se organize a montagem dos circuitos e das redes neuronais, tendo um impacto negativo na regulação dos afetos e na percepção do *self* – do eu (Cunha, 2001; Shore, 2002).

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

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

plasticidade nesse período inicial permite que o cérebro se modifique ou se adapte para resolução de problemas e não está somente relacionada à função neural, mas sim interligada à constituição psíquica.

De fato, considero fundamental, no trabalho clínico fonoaudiológico realizado em UTIPs, que busquemos parâmetros para compreender a função da mãe como ambiente e para que, assim, encontremos formas de facilitar a formação do vínculo mãe-bebê. Para tanto, é fundamental que nos integremos à equipe multidisciplinar, procurando afinar condutas e contribuir para que o processo de alta ocorra da melhor forma possível, ou seja, com a mãe se sentindo segura ao cuidar do seu filho e assim encontrando prazer em olhar, conversar, segurar, enfim, em estar com ele.

Com o diálogo que venho estabelecendo com os aportes teóricos aqui apresentados, concluo que é possível acolher a dupla mãe/bebê sem dissociá-la, humanizar o ambiente de UTIP e favorecer ao pequeno paciente que conquiste as aquisições desse período inicial da vida.

É possível assim integrar no trabalho fonoaudiológico as etapas do desenvolvimento funcional com a constituição psíquica. A mãe é, então, incluída, não somente para que seja orientada, mas para que possa ser acolhida nas suas inseguranças quanto às condições que apresenta de reconhecer as necessidades de seu bebê pré-termo. A partir daí, ampliar a compreensão da função do fonoaudiólogo que trabalha com recém-nascidos de alto risco tem sido um passo enorme e fundamental.

### Bibliografia

- Als H. A synactive model of neonatal behavioral organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Phys Occup Ther Pediatr* 1986;6(3/4):3-53.
- Anderson J, Auster-Liebhaber. Developmental therapy in the neonatal intensive care unit. *Phys Occup Ther Pediatr* 1984;4(1):89-106.
- Bühler KEB, Limongi SCO. Fatores associados à transição da alimentação via oral em recém-nascidos pré-termo. *Pro Fono* 2004;16(3):301-10.
- Cunha I. A revolução dos bebês: aspectos de como as emoções esculpem o cérebro e geram os comportamentos no período pré e perinatal. *Rev da SPRJ* 2001;2(1):102-28.
- Davis M, Wallbridge D. Limite e espaço. Rio de Janeiro: Imago; 1982.
- Dias EO. A teoria do amadurecimento de D.W. Winnicott. Rio de Janeiro: Imago; 2003.



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

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

Glass RP, Wolf SL. Incoordination of sucking, swallowing, and breathing as an etiology for breastfeeding difficulty. *J Hum Lact* 1994;10(3):185-9.

Lacerda ET. Sistema sensório-motor oral: a técnica no centro da questão. *Distur Comun* 1998;10(1):117-25.

Maia SM. A constituição da função terapêutica em fonoaudiologia: uma perspectiva winnicottiana. São Paulo; 2004. [Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da PUCSP].

Pêgo JA. Sucção Nutritiva eficiente em recém-natos prematuros numa unidade de tratamento intensivo pediátrico. In: Tema livre no XI Congresso Brasileiro de Perinatologia, VI Congresso Latino-Americano de Perinatologia, VII Encontro de Enfermagem Pré-Natal; 1988 Jun 11-15; Porto Alegre, BR. Porto Alegre.

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

Pinelli J, Symington A. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Libr [serial online]* 1998 [cited 2006 Jun 29];[23 screens]. Available from: URL: <http://www.nichd.nih.gov/cochrane/Pinelli/PINELLI.HTM>

Proença MG, Hernandez MH. Desenvolvimento sensório motor da sucção e deglutição em recém-nascidos pré-termo com alterações genéticas ou problemas outros que exijam alimentação por sonda ou estomia. In: Lacerda ET, Cunha MC, organizadoras. Sistema sensório motor oral: perspectivas de avaliação e terapia. São Paulo: EDUC; 1987. p. 86-100. (Série distúrbios da comunicação).

Shore AN. Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Aust N Z J Psychiatry [serial online]* 2002 [cited 2005 Jun 10];36:[21 screens]. Available from: URL: <http://www.trauma-pages.com/a/schore-2002.php>

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

Winnicott DW. O ambiente e o processo de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990(b).

Winnicott DW. Os bebês e suas mães. 2ªed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

Winnicott DW. A criança e seu mundo. 6ªed. São Paulo: Zahar; 1985.

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

**Recebido em setembro/06; aprovado em abril/07.**

**Endereço para correspondência**

Jaqueline A. Pêgo  
Rua Fernandes Tourinho 999/507, Bairro: Lourdes, Belo Horizonte, Minas Gerais, CEP 30112000

**E-mail:** [jaqueapego@uai.com.br](mailto:jaqueapego@uai.com.br)

