

Emilia Afrange

Precisamos falar sobre prematividade



Emilia Afrange

**Precisamos falar sobre
prematividade**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro)

Afrange, Emilia.

Precisamos falar sobre prematuridade/Emilia Afrange.

– São Paulo: Galáxia de Palavras, 2021. 80 p.; 21 cm.

Inclui bibliografia

ISBN 97-65-5854-215-5

1. Prematuros. 2. Prematuros – Cuidado e tratamento.
 3. Prematuros – Assistência hospitalar. 4. Mãe e lactente.
- I. Título.

CDD 618.92011

Lumos Assessoria Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado (CRB-7/6971)

Copyright by: Emilia Afrange – 2021

Preparação de texto e revisão: Newton César de Oliveira Santos

Diagramação e capa: Alfredo Carracedo Castillo

Foto da autora: Dr. Arthur Dombrovsky

Todos os direitos reservados à autora.

Nenhuma parte dessa obra poderá ser reproduzida ou transmitida por qualquer forma e/ou quaisquer meios (eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia e gravação) ou arquivada em qualquer sistema ou banco de dados sem a permissão da autora.

Índice

Agradecimentos	7
Prefácio	9
Introdução	13

PARTE 1 - ESTATÍSTICAS

1. A importância do assunto	19
2. Os números - Brasil e Mundo	23
3. O desenvolvimento do feto	29

PARTE 2 - ABORDAGEM

4. As consequências - bebês, família e sociedade.....	35
5. O tratamento multidisciplinar	43

PARTE 3 - PSICOLOGIA / PSICOTERAPIA

6. A base acadêmica - Winnicott/Bowlby/Piontelli/Bion.....	51
7. A minha visão - Os 3 Pilares	61

PARTE 4 - IDEIA

8. A inspiração (Réd Methot).....	73
9. O projeto	75
10. Os resultados preliminares	79
11. Conclusões / Reflexões	83
Apêndice	89
Bibliografia	93

Agradecimentos

Esse livro não teria sido possível sem o apoio incondicional e amizade de Newton César de Oliveira Santos, por sua interminável paciência, presença e assistência no preparo deste livro.

Agradeço ao Ambulatório de Prematuros e à equipe de profissionais, onde e com quem pude aprender e ter uma visão ampliada sobre o tema da Prematuridade, possibilitando a elaboração deste livro. Em especial, gostaria de deixar um agradecimento a todos os pacientes e suas famílias, que confiaram e confiam no meu trabalho.

E não poderia deixar de agradecer a minha querida filha Rafaella, que me ajudou em vários momentos em que precisei, transformando minhas palavras em néctar para uma leitura agradável.

Prefácio

Falar sobre a prematuridade é fundamental, sobretudo em um país onde esse tema está presente em 11% das famílias – são aproximadamente 320.000 nascimentos prematuros por ano no Brasil. Eles constituem um grupo muito heterogêneo de crianças, indo do limiar da viabilidade com extrema imaturidade até próximo do termo da gestação.

A ocorrência do nascimento prematuro é sempre impactante, mas felizmente, para a maioria das mães e pais, essa repercussão será transitória. O bebê é mais maduro e, superadas apenas algumas dificuldades iniciais, seus pais poderão levá-lo para casa quando receberem alta da maternidade.

Para outros, no entanto, essa vivência será bem mais complexa e tem início já na sala de parto, quando o sentimento de alegria do nascimento é acompanhado pela tensão dos pais e profissionais. O contato com o bebê é muito rápido e cercado de incertezas.

Depois vem a participação diária da rotina de uma UTI Neonatal, um universo desconhecido e amedrontador, mas fundamental para a sobrevivência e qualidade de vida futura do prematuro. Ver seu filho numa incubadora com vários equipamentos – tubo traqueal, respirador, sonda para alimentação, cateteres para medicações e monitores, entre outros – é uma tristeza que só pode ser superada com muita resiliência e com o apoio das equipes de saúde e dos familiares.

Para alguns são meses de internação, numa montanha-russa de emoções. As chegadas na UTI Neonatal são cercadas de incertezas – como foi a noite? respirou melhor? está com infecção? aceitou bem o leite? começou a ganhar peso? Cada resposta pode ser uma preocupação que se aprofunda ou uma esperança que se renova.

Ao lado dos sentimentos pessoais existem os laços que se formam entre as famílias e o compartilhamento de emoções. Cada perda é sentida por todos, mas as conquistas também contagiam e alegram as famílias e a equipe. E essas conquistas são várias ao longo da internação – respirar sem ajuda, mamar, sair da incubadora. Até chegar o momento tão esperado – a alta hospitalar!

Então surgem outras preocupações – vamos saber cuidar? ele vai adoecer? vai crescer, andar, falar? como será na escola? Essas respostas só vêm com o tempo e, felizmente, na maioria das vezes serão favoráveis.

No entanto, o olhar para o prematuro após a alta hospitalar precisa ser muito cuidadoso para que as terapias necessárias sejam instituídas no momento oportuno. O acompanhamento por equipe multiprofissional é fundamental para muitos prematuros e, de forma ideal, deve contar com profissionais das áreas de pediatria, neurologia, oftalmologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, neuropsicologia, nutrição, odontologia, enfermagem e serviço social. O trabalho integrado da equipe com a família é imprescindível para que a criança atinja o melhor do seu potencial de crescimento e desenvolvimento.

Esse livro é fruto do trabalho desenvolvido com muita dedicação pela Emilia no Ambulatório de Prematuros da Escola Paulista de Medicina/Unifesp, onde são atendidas por equipe multiprofissional crianças e adolescentes nascidos prematuros até os 20 anos de idade. Grande parte deles apresenta alto risco de complicações biológicas, psicológicas e sociais. No trabalho conjunto e na integração com as várias categorias profissionais (doze no total) todos nós aprendemos muito, aperfeiçoamos o cuidado aos pacientes e familiares e temos a certeza de estar contribuindo para a

promoção da qualidade de vida das crianças, adolescentes e suas famílias.

Nessa publicação são apresentados aspectos relevantes da prematuridade, finalizando com as questões psicológicas que a autora conhece profundamente e compartilha com os leitores, com um texto muito interessante e agradável que certamente contribuirá para a divulgação de um tema que nos é tão caro.

Ana Lucia Goulart

Profa. Associada da Disciplina de Pediatria Neonatal
Coordenadora do Ambulatório de Prematuros
Escola Paulista de Medicina/Unifesp

Introdução

Os primeiros conceitos, para dar sustentação à nossa conversa: são considerados prematuros os bebês nascidos vivos antes de 37 semanas de gestação. Além disso, com base no número de semanas de gestação os bebês nascidos prematuros podem ser classificados em três tipos: **prematuro extremo**, com menos de 28 semanas de vida; **muito prematuro**, entre 28 e 32 semanas de gestação; e **prematuro limítrofe**, nascido entre a 32^a e a 37^a semanas de gravidez.

Aproveito para fazer uma observação: apesar da denominação mais comum ser “prematuros” para quando as pessoas se referem a essas crianças que nascem a partir de gestações inferiores a 37 semanas, eu procuro sempre usar a expressão “bebês nascidos prematuros”. Minha intenção é não motivar um estigma associado à palavra “prematuro” que, indevidamente utilizada, poderia se tornar uma forma de uso para justificar algum comprometimento futuro.

A prematuridade é uma questão global e crescente de saúde pública. Ao longo dos últimos anos a questão do nascimento de bebês nascidos prematuros vem ganhando mais atenção em diversas esferas de âmbito mundial. Tanto assim que surgiram iniciativas como a criação da Fundação Europeia para o Cuidado de Crianças Prematuras (EFCNI, na sigla em inglês), em 2008; a instituição do Dia Mundial da Prematuridade (17 de novembro), em 2011, para aumentar a conscientização acerca dos milhões de bebês prematuros que nascem todo ano; além do ‘*Born Too Soon*’, relatório publicado em 2012 reunindo um conjunto de informações, iniciativas, compromissos e ações, elaborado pela Organização Mundial da Saúde, que coordenou um

trabalho realizado por 30 organizações mundiais voltadas ao bem-estar de bebês nascidos prematuros.

Tudo isso porque a prematuridade é a principal causa de mortalidade neonatal (crianças com até 28 dias de vida) e de mortalidade infantil (crianças com até cinco anos) em todo o mundo. Se isso não bastasse, mais de um milhão de crianças morrem, todos os anos, em virtude de complicações durante o parto de uma gestação prematura.

Sabe-se a prematuridade é uma causa importante para a alta morbidade (capacidade de adquirir doenças), e que também está associada a longos períodos de internação hospitalar. Os bebês nascidos prematuros que conseguem sobreviver podem ter de conviver com problemas de saúde por toda a vida, uma vez que alguns deles tendem a apresentar complicações no desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e comportamental, que resultam em dificuldades para as suas famílias e para a sociedade como um todo.

A experiência mostra que bebês nascidos prematuros apresentam um risco maior de subnutrição, anemia e complicações respiratórias, além de problemas visuais e de audição, assim como alterações no neurodesenvolvimento – incluindo retardamento motor e linguístico. Potencialmente, a prematuridade traz consigo um risco maior de casos de autismo, déficit de atenção e hiperatividade, sem contar desordens psiquiátricas¹.

Consequentemente, as sequelas da prematuridade não se restringem ao período imediatamente posterior ao nascimento. Vir ao mundo com 37 semanas de gestação, ou menos, pode determinar o desenvolvimento biopsicossocial

¹ INSTITUTO DO PREMATURO VIVER E SORRIR. Relatório Anual 2018. Disponível em: <institutedoprematuro.org.br>. Acesso em janeiro/2021.

do bebê, uma vez que o nascimento biológico não implica no nascimento psicológico – eles não coincidem cronologicamente. Na verdade, eles têm substratos diferentes. E isso acontece naturalmente no desenvolvimento de qualquer bebê, tenha nascido prematuro ou não².

O nascimento biológico constitui um evento delimitado e observável, que implica na necessária separação física do bebê de sua mãe para que o desenvolvimento da criança aconteça de maneira progressiva. Mas o nascimento psicológico é diferente. Trata-se de um processo gradual em que é necessária a ilusão da fusão da criança com a mãe, que leva a um nascimento psíquico especial. Eu reforço: isso vale para todos os bebês, não somente aos nascidos prematuros. Somente através dessa condição especial é possível que aconteça a experiência da separação. Assim, a criança terá elementos para perceber que sua mãe não é uma extensão sua, mas sim outra pessoa, distinta de si.

² INSTITUTO DO PREMATURO VIVER E SORRIR. <<https://www.instituto-doprematuro.org.br/publicacoes-e-documentos>>. Acesso em janeiro/2021.

PARTE 1

ESTATÍSTICAS

1. A importância do assunto
2. Os números - Mundo e Brasil
3. O desenvolvimento do feto

A importância do assunto

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que 15 milhões de bebês nasçam prematuramente todos os anos, no mundo. Isso é mais do que uma criança em dez, isto é, 10%. Aproximadamente um milhão de bebês acabam morrendo, todos os anos, de complicações em partos prematuros. E muitos dos sobreviventes terão de encarar uma vida com complicações físicas, como dificuldade de aprendizagem e problemas visuais e de audição. Isso sem contar os aspectos psicológicos, que veremos mais adiante.

A desigualdade econômica e social, ao redor do mundo, incide diretamente nas taxas de sobrevivência dos bebês nascidos prematuros. Em ambientes de baixa renda, metade dos bebês nascidos com 32 semanas de gestação, ou menos, acabam morrendo devido à falta de recursos e de cuidados, tais como: falta de atendimento diante de dificuldades respiratórias, calor humano, aleitamento materno e precaução contra infecções, entre outras causas.

Por sua vez, em sociedades de rendas altas, praticamente todos os bebês nascidos prematuros sobrevivem. Entre esses extremos, considerando os bebês nascidos prematuramente em lares de famílias de classe média, que sobrevivem, tem havido um aumento das complicações e deficiências devido à subutilização de tecnologias e recursos.

A solução

Segundo a OMS, mais de $\frac{3}{4}$ dos bebês nascidos prematuros podem ser salvos com cuidados básicos e relativamente acessíveis, tais como o fornecimento de injeções de esteroides durante o período pré-natal (dadas a mulheres grávidas

com risco de parto prematuro, sob determinadas condições, para fortalecer os pulmões dos bebês); a atenção apropriada durante o nascimento e ao longo do período pós-natal para todas as mães e bebês; antibióticos para o tratamento de infecções em recém-nascidos; e o método canguru (o bebê é carregado pelos pais com contato pele com pele)³.

A prevenção de mortes e complicações para as vidas de bebês nascidos prematuros começa com uma gestação saudável. Uma atenção de qualidade antes e durante o período de gravidez deve garantir, a todas as mulheres, uma experiência positiva de gestação. As diretrizes para o período pré-natal, da OMS, incluem indicações específicas para se evitar o nascimento prematuro, tais como o aconselhamento acerca de alimentação e nutrição em níveis ótimos; o uso de tabaco, álcool e outras substâncias não recomendadas; medições do feto, por meio de ultrassom, para se determinar o período de gestação e uma possível gravidez múltipla; e um mínimo de oito contatos com profissionais de saúde, durante a gestação, para a identificação e atuação sobre fatores de risco. Além disso, mais acesso a métodos contraceptivos e um aumento no empoderamento das mulheres poderiam levar a uma redução no número de nascimentos prematuros, de acordo com a entidade.

³. Método Mãe Canguru (MMC), idealizado pelo médico colombiano Héctor Martínez. Esse método tem como vantagens aumentar o vínculo mãe-filho; evitar longos períodos sem estimulação sensorial ao reduzir o tempo de separação mãe-filho; estimular o aleitamento materno, o que favorece maior frequência, precocidade e duração; melhorar o controle térmico, devido a maior rotatividade de leitos; reduzir o número de recém-nascidos em unidades de cuidados intermediários; reduzir o índice de infecção hospitalar e possibilitar menor permanência no hospital.

Porque os nascimentos prematuros acontecem

São várias as causas para que bebês nasçam prematuramente. A maioria desses partos acontece espontaneamente. Mas alguns deles são resultado de uma antecipação do trabalho de parto ou de cesarianas, às vezes por razões médicas, outras não. Sabe-se que estão em maior risco de parto prematuro as mulheres que já passaram por essa experiência antes, assim como aquelas grávidas de gêmeos ou múltiplos. Também se incluem mulheres com histórico de problemas de colo de útero ou uterinos, ou ainda com infecções e condições crônicas, tais como diabetes e alta pressão sanguínea.

Além disso, certos fatores podem levar ao parto prematuro: ausência do exame pré-natal, fumo, álcool, drogas, estresse, infecções do trato urinário, sangramento vaginal, diabetes, obesidade, baixo peso, pressão alta ou pré-eclâmpsia, distúrbios de coagulação, algumas anomalias congênitas do bebê, gestações muito próximas (menos de seis a nove meses entre o nascimento de um bebê e a seguinte gravidez), gravidez fruto de fertilização *in vitro*, e idade menor de 17 anos e acima de 35.

No entanto, é muito comum não haver uma razão específica e identificável. Pode ser, inclusive, que exista uma influência genética. Um maior entendimento das causas e mecanismos envolvidos nessa questão deverá levar a um avanço no desenvolvimento de soluções para a prevenção dos partos prematuros.

Os números - Mundo e Brasil

Segundo dados coletados pela OMS, mais de 60% dos nascimentos prematuros ocorrem na África e no sul da Ásia. Mas a entidade faz questão de ressaltar que se trata de uma questão verdadeiramente global. Em países com populações de baixa renda, em média, 12% dos bebês nascem prematuramente. No caso dos países ricos, essa taxa cai para 9%. Uma constante para todas as nações: as famílias mais pobres são aquelas em que o risco de um nascimento prematuro é maior.

De acordo com dados oficiais de 2010, os dez países com o maior número de partos prematuros eram:

1. Índia: 3.519.100
2. China: 1.172.300
3. Nigéria: 773.600
4. Paquistão: 748.100
5. Indonésia: 676.700
6. Estados Unidos: 517.400
7. Bangladesh: 424.100
8. Filipinas: 348.900
9. República Democrática do Congo: 341.400
10. Brasil: 279.300

Por outro lado, os dez países com as maiores taxas de nascimentos prematuros por cem nascimentos vivos eram:

1. Malawi: 18,1 nascimentos prematuros por 100 nascimentos
2. Comoro: 16,7
3. Congo: 16,7
4. Zimbabwe: 16,6
5. Guiné Equatorial: 16,5
6. Moçambique: 16,4
7. Gabão: 16,3
8. Paquistão: 15,8
9. Indonésia: 15,5
10. Mauritânia: 15,4

São inúmeras as conclusões que se podem tirar dos dados listados acima. Mas é importante destacar um fato: existe uma diferença expressiva na sobrevivência dos bebês prematuros dependendo de onde eles nascem. Por exemplo: mais de 90% dos bebês nascidos prematuros extremos (menos de 28 semanas de gestação) que nascem em países de baixa renda morrem durante os primeiros dias de vida; mas em ambientes de alta renda, essa porcentagem cai para menos de 10%.

Brasil

Um dos estudos recentes mais relevantes sobre a questão da maternidade em nosso país foi a pesquisa ‘Nascer no Brasil’, coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), que reuniu pesquisadores com formação em epidemiologia, obstetrícia, perinatologia, pediatria e enfermagem obstétrica de diversas instituições. A pesquisa acompanhou 23.984 mulheres e seus bebês em estabelecimentos públicos de saúde, conveniados ao SUS ou privados, de todos os estados brasileiros, que realizaram mais de 500 partos por ano, entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012.

Parte dos resultados foram publicados em dezembro de 2016 e, de acordo com o estudo, o excesso de intervenções obstétricas e o baixo uso de boas práticas na atenção ao parto continuaram sendo uma constante no Brasil. Além disso, a taxa de prematuridade em nosso país chegou a 11,5%, quase duas vezes superior àquela observada nos países europeus, sendo que 74% desses bebês eram prematuros tardios (entre 34 e 36 semanas de gestação). Em números absolutos, trata-se de cerca de 340 mil bebês nascidos prematuramente no Brasil a cada ano, de acordo com o Ministério da Saúde (dados de 2019).

Na ocasião, a coordenadora do estudo, a pesquisadora Maria do Carmo Leal, alertou para as possíveis consequências dessa realidade. “A prematuridade se constitui no maior fator de risco para o recém-nascido adoecer e morrer não apenas imediatamente após o nascimento, mas também durante a infância e na vida adulta. Os prejuízos extrapolam o campo da saúde física e atingem as dimensões cognitivas e comportamentais, tornando esse problema um dos maiores desafios para a Saúde Pública contemporânea”, admitiu.

Custos

Dados recentes indicam que em um período de quatro anos (entre 2012 e 2016), houve um aumento de 56% de partos prematuros no Brasil⁴ – e nada indica que houve redução ou mesmo estabilização dessa tendência. É importante ressaltar que o impacto do nascimento de um bebê nascido prematuro vai muito além das sequelas de saúde, tanto físicas quanto psicológicas, que esse tipo de parto costuma deixar nas crianças e suas famílias.

Vejamos a questão dos custos. Entre outubro de 2016 e junho de 2019, a Associação Brasileira de Pais, Familiares, Amigos e Cuidadores de Bebês Prematuros (ONG Prematuidade.com) realizou uma pesquisa com 2.900 famílias de bebês prematuros. O objetivo foi identificar possíveis ações em benefício da causa da prematuridade no país.

Dentre os resultados mais destacados, constatou-se o seguinte: o período médio de internação de bebês nascidos prematuros em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, após o nascimento, foi de 51 dias. No entanto, 63,7% dos bebês ficaram mais de 60 dias internados depois do nascimento, e 26% deles chegaram a permanecer na UTI entre dois e cinco meses. É muito tempo.

Independentemente do país, o custo diário de um bebê nascido prematuro internado em uma UTI é muito alto. Lembremos de que estamos lidando com recém-nascidos, muito frágeis, que só conseguem sobreviver com o auxílio de equipamentos sofisticados e medicamentos caros. A partir do levantamento realizado pelo Centro Paulista de

⁴ Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) < <https://portal.fiocruz.br/noticia/taxa-de-bebes-prematuros-no-pais-e-quase-o-dobro-do-que-em-paises-da-europa>>. Acesso em fevereiro/2021.

Economia da Saúde da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), entre 2009 e 2011, soube-se que o custo médio diário de um bebê prematuro era de R\$ 497,84. Considerando o período médio de 51 dias de internação, o custo médio total seria de cerca de 25 mil reais por criança. Isso significa que, a partir de uma estimativa conservadora, fazendo-se uma projeção de dados para a realidade de 2020, o parto prematuro teria um custo de 8 bilhões de reais por ano, no Brasil.

Por sua vez, um estudo mais recente, conduzido pela Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis (MT), que foi apresentado no XXIV Congresso Brasileiro de Custos, em 2017, revelou que a média de custos diários por paciente na UTI Neonatal era de R\$ 934,48. Sendo assim, tomando-se como base o intervalo médio de 51 dias de internação de cada paciente prematuro brasileiro, o total no período chegaria a mais de 47 mil reais que, extrapolando-se para os aproximadamente 340 mil casos de bebês prematuros nascidos anualmente, representaria um custo total de mais de 15 bilhões de reais, por ano, para o cuidado intensivo dessas crianças.

O desenvolvimento do feto

Durante uma gravidez considerada normal, existe uma sequência de etapas pelas quais o feto passa ao longo de seu desenvolvimento. Em geral, seriam as seguintes:

1º mês

No início, a fecundação dá origem ao zigoto, célula formada pelos gametas masculino e feminino. A partir de uma sequência de divisões celulares, será formado o embrião, que se instala no útero. Nessa fase, a placenta também começa a se formar e envolve o embrião com o líquido amniótico. É esse líquido que vai auxiliar na alimentação do embrião e protegê-lo em caso de acidente (por exemplo, no caso de a mãe sofrer uma queda).

2º mês

O coração do embrião bate de forma acelerada, cerca de 150 vezes por minuto. É nessa fase que tem início a formação do sistema nervoso e dos aparelhos digestivo, circulatório e respiratório. Os olhos, a boca, o nariz, os braços e as pernas também começam a se formar.

3º mês

O período fetal, que começa nesse terceiro mês de gravidez, é marcado pelo desenvolvimento do feto a partir do esqueleto, das costelas e dos dedos das mãos e pés.

4º mês

Nesse estágio, o bebê mede aproximadamente 16 cm e passa a se movimentar, sugar e engolir. O feto também é capaz

de perceber alterações de luz e diferenciar gostos amargos e doces.

5º mês

Nascem os primeiros fios de cabelo, os cílios e as sobrancelhas. O desenvolvimento do feto acontece de maneira mais intensa e clara. É quando se formam as trompas e o útero nas meninas. Os órgãos genitais dos meninos podem ser vistos no exame de ultrassom.

6º mês

Nessa fase, o feto tem 32 cm e é capaz de reconhecer sons externos, especialmente a voz e a respiração da mãe.

7º mês

Aqui, o feto vai medir entre 35 cm e 40 cm. No interior do útero, boceja, abre os olhos, dorme e se movimenta. A relação mãe-bebê, tanto no aspecto real quanto no imaginário, se estreita e se faz mais presente.

8º mês

No oitavo mês de gravidez, o feto mede entre 40 cm a 45 cm e começa a se preparar para ficar em posição de parto, ou seja, de cabeça para baixo. Os ossos já estão mais resistentes, e os pulmões já estão quase prontos. Enquanto isso, a relação mãe-bebê fica cada vez mais forte e ampliada.

9º mês

É a reta final. No nono mês, o bebê já tem entre 45 cm e 50 cm, é plenamente capaz de controlar a respiração e já tem todos os órgãos completamente formados. A ideia de

separação se aproxima. A partir da 37ª semana, se todo o seu processo de formação aconteceu conforme o esperado, ele está preparado para nascer.

PARTE 2

ABORDAGEM

4. As consequências - bebês, família e sociedade

5. O tratamento multidisciplinar

As consequências - bebês, família e sociedade

A questão da prematuridade ganha ainda mais importância quando se analisam as suas consequências, em diversos aspectos. Aqui vamos focar a atenção em apenas três deles: os próprios bebês, as suas famílias e a sociedade como um todo.

Os bebês nascidos prematuros

De partida, um bebê nascido prematuro já nasce com um corpo incompleto. Se existe um padrão de tempo considerado normal para a formação adequada de todos os órgãos de uma pessoa (39/40 semanas), qualquer antecipação nesse tempo de gestação terá, como resultado, um desenvolvimento inacabado desse organismo. O grau dessa má formação corporal estará diretamente relacionado ao tempo da gestação. Assim, os bebês nascidos prematuros extremos (menos de 28 semanas) serão aqueles com os corpos mais fragilizados, em comparação com os muito prematuros (entre 28 e 32 semanas) e os prematuros limítrofes (entre 32 e 37 semanas).

Isso implica que, de um modo geral, esses bebês nascem com órgãos que ainda não alcançaram a maturidade suficiente para a vida extrauterina – e a Unidade de Terapia Intensiva (quando necessária) ou Unidade Neonatal funcionará como um útero externo. Assim, se sobreviver esse bebê não somente vai ter de amadurecer em um contexto bem diferente daquele do útero, mas também poderá precisar de terapias intensivas de diversos tipos para garantir sua sobrevivência. Por essa razão, os bebês nascidos prematuros

estão sujeitos a diversos tipos de problemas de saúde, que podem afetar negativamente sua vitalidade, sua educação e os recursos familiares.

De maneira geral, as características físicas do prematuro são as seguintes:

- Baixo peso ao nascer;
- Pele fina, brilhante e rosada;
- Veias visíveis;
- Pouca gordura sob a pele;
- Pouco cabelo;
- Orelhas finas e moles;
- Cabeça desproporcionalmente maior do que o corpo;
- Musculatura fraca e pouca atividade corporal;
- Poucos reflexos de sucção e deglutição;
- Órgãos genitais não totalmente formados.

Aliada à fragilidade corporal, deve-se considerar a questão da saúde.

Os bebês nascidos prematuros costumam apresentar problemas respiratórios, uma vez que nascem carentes de surfactante, uma proteína produzida pelos pulmões que permite que eles se encham de ar. O surfactante pulmonar é um líquido que tem a função de facilitar a troca de gases respiratórios nos pulmões. Sua ação permite que os alvéolos pulmonares, que são pequenos sacos responsáveis pelas trocas gasosas, fiquem abertos durante a respiração. Como essa proteína é produzida ao longo do amadurecimento dos pulmões do bebê, por volta de 28 semanas de gestação, é comum bebês nascidos prematuros virem ao mundo sem

ter uma produção suficiente de surfactante pulmonar. Por isso, eles podem desenvolver a síndrome de desconforto respiratório infantil, que causa uma intensa dificuldade para a respiração. Se um bebê nasce sem a capacidade de respirar sozinho, pode ser necessária a utilização de ventilação mecânica até que os pulmões amadureçam. Outro tratamento consiste na administração do surfactante com o objetivo de abrir os alvéolos pulmonares e facilitar as trocas gasosas, evitando a chamada apneia (pausa na respiração).

Por outro lado, os bebês nascidos prematuros também podem apresentar problemas cardíacos. A mais comum dessas complicações é a Patência do Ducto Arterioso (PDA) – trata-se da persistência, após o nascimento, da conexão fetal (ducto arterioso) entre a aorta e a artéria pulmonar. Normalmente esse vaso se fecha logo após o nascimento, permitindo que o sangue chegue aos pulmões. No entanto, em bebês nascidos prematuros é comum esses ductos não se fecharem de forma adequada, levando a uma insuficiência cardíaca. Para o tratamento dos casos mais leves, medicamentos costumam ser suficientes; mas as situações mais graves muitas vezes requerem cirurgias.

Outro problema comum entre cerca de 90% dos bebês nascidos prematuramente é a enterocolite necrozante, uma inflamação intestinal em que porções do intestino sofrem necrose (morte das células). Essa doença está ligada à imaturidade da camada que reveste o intestino do bebê e está associada a sintomas como dificuldade de alimentação, inchaço abdominal, sangue nas fezes, diarreia, fadiga, temperatura corporal instável e vômitos. Em geral, o tratamento consiste na suspensão da alimentação oral e a sua substituição pela nutrição intravenosa, além da ingestão de antibióticos. Em casos extremos, cirurgias se fazem necessárias. Estima-se que

seja a segunda causa mais comum de mortalidade de recém-nascidos prematuros.

Há registros de que, em bebês nascidos prematuros mais extremos, é possível ocorrer hemorragias cerebrais durante os primeiros dias de vida. Na maioria dos casos, trata-se de hemorragias pequenas que costumam ser reabsorvidas de maneira espontânea pelo organismo, sem graves consequências. Nos casos mais graves pode haver danos ao tecido cerebral.

Outra disfunção comumente encontrada em bebês nascidos prematuros é a Retinopatia da Prematuridade, em que se verifica uma alteração no crescimento da retina. Trata-se de uma das principais causas de cegueira prevenível da infância. A proporção de cegueira causada por essa enfermidade é muito influenciada pelo nível de cuidado neonatal (que inclui disponibilidade de recursos humanos, equipamentos, acesso e qualidade de atendimento), assim como pela existência de programas eficazes de triagem e tratamento. Devido a essa condição, ocorre um crescimento anormal dos vasos sanguíneos da retina, que pode resultar na formação de cicatrizes e descolamento da retina. Em casos leves, a doença se resolve espontaneamente; porém, nas situações extremas ela pode levar à cegueira.

Por fim, mas não menos importante, descobriu-se que o nascimento prematuro acarreta riscos significativos de consequências negativas para o cérebro. As tecnologias e os tratamentos intensivos necessários para salvar a vida desses bebês comprometem o desenvolvimento cerebral do feto. O duplo estresse de ser separado da mãe e de experimentar dores e desconfortos cotidianos tendem a resultar em episódios neurotóxicos que alteram o funcionamento do cérebro.

Por essa razão, são significativos os riscos de deficiências de neurodesenvolvimento em bebês nascidos prematuros. Os estudos nessa área se concentraram, com razão, nas sequelas motoras e cognitivas da prematuridade. No entanto, inicialmente as pesquisas deram menos atenção a questões relativas ao temperamento, ao comportamento e aos distúrbios emocionais dos bebês. Dados recentes sugerem que crianças nascidas prematuramente são vulneráveis também a alterações do desenvolvimento comportamental e social, que podem ser precursoras de deficiências de aprendizagem e transtornos psiquiátricos que se manifestariam por volta da metade da infância.

Já existem estudos que apontam que uma boa porcentagem dos prematuros manifesta problemas na escola e dificuldades afetivas. Uma das causas para essas consequências seria o fato de que, ao permanecerem hospitalizados por longos períodos, os bebês ficariam separados de seus pais por muito tempo, o que levaria a um aumento da ansiedade e a uma possível interferência sobre o vínculo pais-criança.

Apesar do reduzido número de pesquisas nessa área e a consequente falta de dados para conclusões mais precisas, considera-se que, como grupo, bebês nascidos prematuros são descritos como mais retraídos, menos adaptáveis, menos perseverantes e menos estáveis do ponto de vista do temperamento, durante os primeiros anos de vida, em comparação com crianças não nascidas prematuras⁵.

Vale a pena destacar um aspecto psicológico importante: “(...) os bebês, assim como as crianças, têm fortes necessidades primitivas de segurança e de satisfação dos instintos,

⁵. Riese ML. Temperament in Full-Term and Preterm Infants: Stability over Ages 6 to 24 Months. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 1988;9(1):6-11.

que os pediatras e psiquiatras chamam de anaclíticas (do grego, *anaklinein*, que significa “apoiar-se”). Estas envolvem a necessidade de ser abraçada e sentir o contato da pele, ser acariciada, confortada, brincar e ser o centro das atenções. Quando essas necessidades não são satisfeitas, há graves consequências negativas para o futuro do indivíduo”⁶.

As famílias

As consequências de se ter um bebê nascido prematuro, para pais e mães, se desdobram em vários aspectos. A começar pelo sofrimento de ver seu bebê lutando pela vida em uma incubadora, com acesso limitado a ele. A taxa de mortalidade de bebês nascidos prematuros é bem superior àquela de bebês nascidos de uma gestação considerada normal, e essa informação se torna um fantasma a assombrar a vida dos pais durante a permanência do bebê na incubadora. Assim, é comum emergir uma sensação de culpa por parte dos pais, que se assumem responsáveis pela situação precária da criança recém-nascida. Outro aspecto importante a se considerar é o abalo nos sonhos dos pais, que criam fantasias durante a gravidez sobre o futuro relacionamento com o novo bebê e que, de repente, se transforma, muitas vezes, em momentos de pesadelo. Na verdade, esse impacto vai além do relacionamento, que pode ser traduzido em uma pergunta do tipo: ‘Mas, quem é o meu bebê?’ A fantasia criada durante a gestação se desmancha, dando espaço a um luto pelo bebê idealizado que não apareceu, ou não nasceu.

6. “O Caminho do Psiconauta” (Stanislav Grof).

Além disso, como a estadia do bebê em recuperação em uma incubadora pode variar de dias a meses, a rotina familiar se vê afetada e precisa se adaptar à nova circunstância. Isso significa reacomodação de atividades profissionais, assim como de cuidados com outros filhos e parentes (se houver) e dos planos mais imediatos. Até que o bebê esteja livre do risco de morte e totalmente recuperado, parte da vida dos pais fica em um estado de suspensão.

Essa nova situação traz embutida, também, custos financeiros extras. Não se trata somente da despesa com a permanência na maternidade por um tempo superior ao previsto. É preciso levar em consideração que, em casos mais graves, o nascimento prematuro pode levar a criança a vir a ser acometida de distúrbios motores, de linguagem, de audição e de visão, além de padecer de alterações comportamentais e de atraso escolar. Nesse cenário, o desenvolvimento de um bebê nascido prematuro costuma demandar tempo e dinheiro a ser investido em profissionais como pediatra, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, neurologista, psicoterapeuta e assistente social – não somente durante os primeiros mil dias da criança, considerados críticos; mas também ao longo da primeira infância e, muitas vezes, durante a adolescência.

A sociedade

Os desdobramentos do nascimento e desenvolvimento de cada bebê nascido prematuro também recaem sobre a sociedade como um todo. Levemos em consideração, por exemplo, o aumento das taxas de sobrevivência dessas crianças. Isso implica em um aumento dos custos para os sistemas de saúde, que precisam lançar mão de incubadoras e outros recursos, além de profissionais para o cuidado desses bebês, às vezes durante meses.

Além disso, no caso de haver sequelas físicas, mentais, emocionais ou comportamentais, um esforço concentrado deverá ser feito para que essa criança possa crescer e se tornar um cidadão adaptado ao convívio social. Quando essas crianças entram na escola, por exemplo, novos desafios revelam outras dificuldades. Os índices de deficiências de aprendizado em bebês nascidos prematuros costumam ser maiores, sendo que o raciocínio matemático parece ser o mais afetado. Além disso, o bom desempenho escolar se mostra mais comprometido na presença do Distúrbio de Déficit de Atenção, que costuma ser bem mais alto nos bebês nascidos prematuros.

Enfim, ao se imaginar um fio de vida que se desenrola mês a mês, ano a ano, é possível imaginar o quanto se deve investir de tempo, energia e recursos financeiros para que se possa garantir que um bebê nascido prematuro venha a ter uma vida digna, para si, e produtiva para a sociedade.

O tratamento multidisciplinar

Diante de tantas dificuldades a serem enfrentadas por um bebê nascido prematuro, assim como pela sua família e a própria sociedade, é preciso organizar toda uma estrutura para que essa criança possa crescer e se desenvolver de maneira adequada. Mas, antes de mais nada, para o bebê que nasce com menos de 37 semanas de gestação o primeiro grande desafio é sobreviver.

Sobrevida

Uma boa notícia: os constantes progressos médico-assistenciais na área da Neonatologia (ramo da Pediatria que se ocupa das crianças desde o nascimento até 28 dias de idade) vêm permitindo uma melhora considerável nas taxas de sobrevida dos bebês nascidos prematuros. As UTIs neonatais, que funcionam como um útero extracorpóreo, promovendo uma continuação artificial da gestação, estão cada vez melhor estruturadas – tanto em termos de equipamentos como na capacitação dos profissionais ali alocados.

Diversos estudos de acompanhamento do desenvolvimento de bebês nascidos prematuramente indicam que as possibilidades de sobrevivência dessas crianças estão condicionadas pelos seguintes fatores: a idade gestacional, o peso do bebê ao nascer e as complicações que ele apresenta quando vem ao mundo. Dentre todos estes fatores, o mais importante é a idade gestacional, uma vez que ela determina a maturidade dos órgãos.

Ainda é muito difícil prever uma futura incapacidade de um bebê nascido antes da gestação completa, mas existem fatores que levam ao aumento do risco de sequelas. Infelizmente,

algumas delas só poderão ser diagnosticadas durante a infância da criança.

Pesquisas têm demonstrado que, para bebês nascidos prematuros com 22 semanas de gestação, as taxas de sobrevivência variam de 2% a 15%⁷. Como são poucos os bebês nascidos nessa condição que conseguem sobreviver, ainda não há informações suficientes sobre possíveis sequelas para a saúde desse grupo de crianças.

Já para o grupo de bebês nascidos com 23 semanas de gestação, as taxas de sobrevivência aumentam para algo entre 15% e 40%. E para aqueles com 25 semanas, elas sobem ainda mais: entre 55% e 70%. Para esses casos, os dados apontam que algo entre 30% e 40% dessas crianças deverão se desenvolver normalmente, sem grandes problemas de saúde ou deficiências. Mas se estima que entre 20% e 35% delas deverão apresentar deficiências graves, tais como paralisia cerebral, deficiência intelectual grave, cegueira, surdez, ou uma combinação destes problemas, o que exigirá cuidados médicos significativos. Por sua vez, uma fração entre 25% e 40% desses bebês poderão ter deficiências classificadas entre leves e moderadas, tais como formas sutis de deficiência visual, paralisia cerebral leve (que afete o controle motor), asma crônica, dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento, tais como transtorno de déficit de atenção.

Já se sabe que as taxas de sobrevivência aumentam substancialmente, para o nível entre 75% e 85%, para os casos de bebês nascidos entre a 26^a e a 28^a semanas de gestação.

7. Associação Brasileira de Pais, Familiares, Amigos e Cuidadores de Bebês Prematuros (Prematuridade.com). <<https://www.prematuridade.com/index.php/interna-post/prematuro-taxa-de-sobrevivencia-e-prognostico-de-acordo-com-a-idade-gestacional-6648>>. Acesso em fevereiro/2021.

Para esse grupo, aproximadamente entre 10% e 25% deles deverão apresentar deficiências graves, tais como paralisia cerebral, deficiência intelectual grave, cegueira, surdez, ou uma combinação delas. Porém, entre 50% e 60% delas tenderão a padecer de dificuldades de natureza leve, tais como formas sutis de deficiência visual, paralisia cerebral leve (que afeta o controle motor), asma crônica, dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento, como o transtorno de déficit de atenção. Por outro lado, os estudos apontam que entre 25% a 40% desses bebês deverão ter deficiências do tipo leves e moderadas, tais como formas sutis de deficiência visual, paralisia cerebral leve (que compromete o controle motor), asma crônica, dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento, como transtorno de déficit de atenção.

No caso de bebês nascidos no intervalo de 29 a 32 semanas de gestação, as taxas de sobrevivência alcançam o patamar entre 90% e 95%. Nesse grupo, entre 60% e 70% tendem a se desenvolver normalmente, sem quaisquer problemas considerados graves. No entanto, entre 10% e 15% dessas crianças correrão o risco de desenvolver deficiências graves, como paralisia cerebral, deficiência intelectual grave, cegueira, surdez, ou uma combinação destes impedimentos, fato que exigirá cuidados médicos consideráveis. Por fim, entre 15% a 20% desses bebês deverão ser diagnosticados com dificuldades consideradas leves ou moderadas, tais como formas sutis de deficiência visual, paralisia cerebral leve (que altera o controle motor), asma crônica, dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento do tipo transtorno de déficit de atenção.

Chega a ser superior a 95% dos casos a taxa de sobrevivência para bebês nascidos prematuros entre a semana 33

e a semana 36 de gestação. Para esse grupo de crianças, o risco de desenvolvimento de deficiências graves é praticamente o mesmo das crianças nascidas a termo. No entanto, estes bebês estão sob maior risco de paralisia cerebral leve, atraso no desenvolvimento e problemas relacionados ao período escolar.

A questão da amamentação do prematuro

Nada é tão importante para a saúde de bebês, durante os primeiros dias e meses de vida, do que a amamentação. Para o caso de crianças nascidas prematuramente, essa questão é ainda mais relevante, já que elas vêm ao mundo com uma formação incompleta do organismo.

No entanto, é muito comum as mães de bebês nascidos prematuros não serem capazes de produzir leite para suprir as necessidades da criança – na maioria das vezes, trata-se de uma questão hormonal. Além disso, o aprendizado desses pequenos bebês em relação a mamar no seio costuma ser lento e gradual, e depende muito da idade gestacional no nascimento, do tamanho da criança e de seu estado de saúde.

É sempre bom lembrar das vantagens da amamentação, tanto para a mãe quanto para o bebê. No caso da mãe, a atividade da amamentação tende a levar a uma diminuição do sangramento pós-parto; à redução das chances de anemia, câncer de mama e de ovário, diabetes e infarto; a uma perda mais rápida do peso que foi ganho durante a gravidez; e favorece a relação afetiva com o bebê. Por sua vez, com a amamentação a criança recebe anticorpos da mãe que ajudam na proteção contra diarreia e diversos tipos de infecções; diminuem as chances de o bebê desenvolver

alergias, colesterol alto, diabetes e obesidade; aumentam as probabilidades de um bom desenvolvimento físico e emocional da criança; favorece-se o desenvolvimento da face e da fala, bem como da formação de dentes fortes e saudáveis, além do desenvolvimento de uma boa respiração.

Para o caso de bebês nascidos prematuros, existe uma questão fundamental: em geral, logo após o nascimento eles são conduzidos a uma UTI neonatal, para que ali a evolução de sua saúde possa ser acompanhada de perto. Nesse berçário peculiar, a criança passa por uma série de procedimentos:

- a. primeiramente, ela será colocada em uma incubadora, para que a sua temperatura corporal se mantenha em nível ideal;
- b. a partir de então, haverá um constante monitoramento de seus sinais vitais, tais como pressão arterial, batimentos cardíacos e respiração;
- c. é provável que, durante os primeiros dias de vida, o bebê seja alimentado por via intravenosa (alimentação parenteral); ou que ele receba o leite materno através de uma sonda que entre pelo nariz e vá até o estômago – isso até que ele adquira o reflexo de sugar e engolir (alimentação enteral);
- d. faz-se um monitoramento constante dos níveis de sódio, potássio e dos fluidos do bebê, para que eles possam ser repostos em caso de necessidade;
- e. se o recém-nascido não for capaz de produzir células vermelhas por conta própria, ele deverá receber transfusões sanguíneas. Além disso, dependendo das complicações que ele apresentar, será necessário administrar

medicamentos ou, em alguns casos, submetê-lo a cirurgias.

Em uma situação ideal, durante a estadia do bebê nascido prematuro na UTI neonatal uma equipe completa de profissionais de saúde estará à sua disposição. Mesmo depois da alta hospitalar, uma série de cuidados deverá ser observada em casa, especialmente durante os primeiros meses. A orientação com relação a esses cuidados cabe à equipe médica multidisciplinar. Levando-se em conta a variedade de problemas que o bebê nascido prematuramente pode apresentar – relacionados com alimentação, formação orgânica incompleta, extrema fragilidade, etc. –, é preciso ter em mente uma abordagem holística, isto é, uma visão integral da criança como paciente. Aqui estamos falando de um time de profissionais especializados: fisioterapeutas, pediatras, dentistas, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisiatras, oftalmologistas, psicopedagogos e assistentes sociais, para citar os mais comuns.

O auxílio e acompanhamento constante desses profissionais, a partir do nascimento, deverá proporcionar ao bebê nascido prematuramente as melhores condições para o seu desenvolvimento físico, mental e psicológico.

PARTE 3

PSICOLOGIA/PSICOTERAPIA

6. A base acadêmica - Winnicott/Bowlby/Piontelli/Bion

7. A minha visão - Os 3 Pilares

A base acadêmica Winnicott/Bowlby/Piontelli/Bion

No início da minha carreira profissional, eu seguia os preceitos comumente adotados pela maioria dos terapeutas mais experientes. Por exemplo, eu sabia que a minha atuação estaria vinculada às seguintes atividades:

- Acompanhar o paciente;
- Trabalhar na direção de desenvolver um grau de tolerância à frustração;
- Ter em mente a relação emoção – pensamento;
- Ajudar na reconstrução ou construção de histórias pessoais, da identidade e da capacidade de ressonância emocional.

Para nós, profissionais que lidamos com a Saúde Mental, suas doenças e disfunções, é fundamental estarmos conscientes de certos preceitos e paradigmas que fazem parte do nosso trabalho. Ainda que pareçam questões corriqueiras, sabemos que convivemos com elas todo o tempo:

- Aceitar as limitações inevitáveis de cada período da vida;
- Aceitar a inevitabilidade da morte;
- Desenvolver a capacidade de lutar por objetivos;

- Desenvolver um sentimento de mundo (em livro de mesmo nome, o poeta Carlos Drummond de Andrade revelou sua limitação e impotência diante do mundo)⁸;
- Desenvolver noção de cidadania, responsabilidade social e familiar;
- Desenvolver a capacidade de desfrutar da beleza e dos momentos de felicidade;
- Estar consciente de que os estados emocionais oscilam entre momentos de maior ou menor integração psíquica;
- Desenvolver a capacidade de tolerância a um grau variável de sofrimento psíquico;
- Desenvolver a capacidade de elaborar lutos inevitáveis devido às perdas evolutivas e acidentais;
- Desenvolver a capacidade de apreciar a vida.

Como acontece com quase todas as pessoas, ao longo da minha carreira acadêmica e profissional tive contato com diversos autores, entre psicólogos, psiquiatras, pediatras, psicanalistas e psicoterapeutas. Todos contribuíram para a minha formação, mas alguns deles foram mais importantes e exerceram forte influência na maneira como eu entendo e pratico o trabalho psicoterapêutico, especialmente com crianças e seus pais.

Foi a partir do estudo da abordagem e entendimento desses profissionais, com os quais eu muito me identifiquei, que acabei desenvolvendo a minha Visão da Psicoterapia, que denominei “Os 3 Pilares”. Antes de apresentar o meu

⁸ <https://www.culturagenial.com/livro-sentimento-do-mundo-de-carlos-drummond-de-andrade>

processo de trabalho, gostaria de compartilhar um pouco da vida e das obras dos terapeutas que tanto me têm ajudado.

Donald Woods Winnicott

(07/abril/1896 - 28/janeiro/1971)

Winnicott foi um pediatra, psiquiatra e psicanalista inglês que ficou conhecido por suas ideias relacionadas ao verdadeiro e falso self, à teoria dos pais “suficientemente bons” e, em parceria com sua segunda esposa, Clare Winnicott, desenvolveu a noção de objeto transicional. Líder da Sociedade Britânica de Psicanálise Independente, e Presidente da Sociedade Britânica de Psicanálise em duas oportunidades (1956 e 1959), Winnicott publicou diversos livros e artigos, e sua obra foi considerada um avanço teórico e prático indiscutível no campo da psicologia e da psiquiatria infantil. Suas ideias se centraram quase exclusivamente no vínculo entre mãe e filho. Para ele, a figura materna era a sustentação psicológica essencial para que a criança pudesse desenvolver um eu autêntico, saudável e feliz.

De acordo com especialistas, essas seriam as principais contribuições de Winnicott à área da pediatria:

- O bebê não existe sem sua mãe – a disponibilidade materna e sua proximidade segura e afetuosa ajudam a formar a identidade psíquica da criança. O bebê precisa desse envoltório físico e psíquico para poder crescer, em todos os sentidos.
- A importância da brincadeira – com a brincadeira, a criança entra em contato com seu sentido de existência e com sua identidade. A partir da possibilidade de

imaginar, aprender, compartilhar, idealizar e experimentar, a criança cria condições de crescer e evoluir.

- A criação de um bebê – para Winnicott, é preciso confiar no instinto da mãe, pois somente elas sabem o que é melhor para os seus filhos em cada momento.
- O “falso eu” – esse perigo surge na criança quando ela não se sente atendida, compreendida e amada. Nesse caso, ela escolhe ser “outra pessoa”, alguém cheio de necessidades que vai em busca da atenção dos demais.

Frases de Winnicott

“O primeiro espelho da criatura humana é o rosto da mãe: a sua expressão, o seu olhar, a sua voz. [...] É como se o bebê pensasse: olho e sou visto, logo, existo!”

“A criança joga (brinca) para expressar agressão, adquirir experiência, controlar ansiedades, estabelecer contatos sociais como integração da personalidade, e por prazer”.

“Para que os bebês se convertam, finalmente, em adultos saudáveis, em indivíduos independentes, mas socialmente preocupados, dependem totalmente de que lhes seja dado um bom princípio, o qual está assegurado, na natureza, pela existência de um vínculo entre a mãe e seu bebê...”

Edward John Mostyn Bowlby

(26/fevereiro/1907 – 2/setembro/1990)

John Bowlby foi um psicólogo, psiquiatra e psicanalista britânico, notável por seu interesse no desenvolvimento infantil e por seu trabalho pioneiro na Teoria do Apego. A ideia da importância do apego na infância costuma estar presente em diferentes sociedades, mas ela somente se consolidou a partir da criação da teoria elaborada por Bowlby, que estudou e analisou os efeitos de sua presença ou ausência. Seu legado é vasto: embora sua teoria tenha sofrido várias modificações e tenha sido (re)interpretada por vários autores, Bowlby continua a ter uma grande influência na psicologia, especialmente por enfatizar a importância do vínculo emocional com nossas figuras parentais na infância.

Conceitos-chave desenvolvidos por Bowlby:

- Humanização dos hospitais – o termo “hospitalismo” designa um estado de alteração profunda, física e psíquica, que se instala progressivamente nas crianças muito pequenas, durante os primeiros 18 meses de vida, em função de um abandono ou de uma temporada prolongada numa instituição hospitalar. Os sinais do hospitalismo manifestam-se por atraso no desenvolvimento corporal, por incapacidade de adaptação ao meio e, às vezes, por um mutismo que se assemelha ao autismo e pode levar à psicose. Nos casos de total carência afetiva, ligada à falta de qualquer vínculo materno, os distúrbios podem chegar ao marasmo e à

morte. A partir das pesquisas e artigos de John Bowlby e de outros psicanalistas, nos anos 1940, em todos os países do mundo ocorreu uma reforma das condições de hospitalização de crianças pequenas⁹.

- Apego, perda e separação – de acordo com a teoria do apego, os bebês se ligam a adultos que são sensíveis e responsivos nas interações sociais e que permanecem como cuidadores consistentes durante o período de seis meses a dois anos de idade, aproximadamente. As respostas parentais levam ao desenvolvimento de padrões de apego que, por sua vez, conduzem a “modelos internos de trabalho” que guiarão sentimentos, pensamentos e expectativas do indivíduo em relacionamentos posteriores. Mais especificamente, Bowlby explicou em sua série de três volumes sobre apego e perda que todos os humanos desenvolvem um modelo de trabalho interno do eu e um modelo de trabalho interno com outros. O automodelo e modelo do outro são construídos com experiências iniciais com seu cuidador primário e moldam a expectativa de um indivíduo em futuras interações com outros. O automodelo determinará como o indivíduo se vê, o que afetará sua autoconfiança, autoestima e dependência. O modelo do outro determinará como um indivíduo vê os outros, o que afetará seus vínculos ou abordagens, suas opções pela solidão ou por interações sociais. Na abordagem de Bowlby, considera-se que a criança humana precisa de uma relação segura com cuidadores adultos, sem os quais o desenvolvimento social e emocional normal não ocorrerá. Segundo a teoria do apego, a criança se vincula instintivamen-

⁹. Revista Educação (Edição 245 – dezembro 2017).

te a quem cuide dela, com a finalidade de sobreviver, dependendo disso seu desenvolvimento físico, social e emocional. O processo de apego não é específico de gênero, pois os bebês formam vínculos com qualquer cuidador consistente que seja sensível e responsivo nas interações sociais. A qualidade do engajamento social parece ser mais influente do que a quantidade de tempo gasto¹⁰.

Frase de Bowlby

“Numa parceria feliz existe um constante dar e receber”.

Alessandra Piontelli

(1945)

É médica italiana, com especialização em neurologia e psiquiatria. Passou um ano como estagiária na Índia e, em seguida, três anos trabalhando e pesquisando no Departamento de Crianças e Pais da Clínica Tavistock, em Londres. De volta à Itália, tornou-se professora visitante de várias universidades, sempre no departamento de medicina materno e fetal.

Em 1995 publicou o livro “De Feto a Criança”, uma descrição da análise de crianças muito pequenas e de observações

¹⁰. Revista Educação (Edição 245 – dezembro 2017)

através de ultrassom do comportamento dos fetos antes de nascerem, que sugere uma relação entre a vida pré-parto e as psicoses infantis mais comuns. O advento do ultrassom tornou possível observar o feto não perturbado no seu ambiente natural. Neste livro, a Dra. Piontelli descreve em detalhes co-moventes as suas observações do comportamento de várias crianças desde os estágios mais precoces no ventre, passando pelo nascimento até à infância. Primeiro estudo longitudinal deste tipo, essa obra mostra como dados de observação e dados psicanalíticos podem oferecer *insights* diferentes, porém complementares, na tentativa de responder a questões fundamentais do desenvolvimento humano.

Wilfred Ruprecht Bion

(8/setembro/1897 - 8/novembro/1979)

Foi um influente psiquiatra e psicanalista inglês que desenvolveu pesquisas sobre a formação e fenômenos de grupo, entre outros assuntos. Iniciou seus trabalhos no exército inglês e deu prosseguimento aos mesmos em grupos do Instituto Tavistock, constituídos de pessoas com formações diversas.

Escreveu “Experiências com Grupos”, um importante guia para os movimentos da psicoterapia de grupo e de encontro de grupo, que começaram nos anos 1960 e se transformaram rapidamente na pedra-de-toque para o trabalho de aplicações da teoria do grupo em uma larga variedade de campos. O pensamento geral de Bion se enquadra no pensamento da escola da Teoria das Relações Objetais. Foi presidente da Sociedade Psicanalítica Britânica entre 1962 e 1965. Muitos dos conceitos desenvolvidos em sua pesquisa se tornaram relevantes para a compreensão de grupos de trabalho e dos fenômenos emocionais subjacentes a eles.

Teorias de Bion:

- **Teoria de grupos** – cada grupo possui uma atividade mental que tem dois níveis de funcionamento: consciente e inconsciente. Enquanto o primeiro é racional e conduzido pelo princípio da realidade, o segundo é emocional e funciona por intermédio do princípio do prazer, isto é, o grupo se orienta no sentido de evitar atividades que não sejam de seu agrado. Existe, também, o aspecto da Mentalidade Grupal, pela qual os membros do grupo se reúnem em função de objetivos comuns e buscam estabelecer, entre si, relações de semelhança. Além disso, os grupos simbolizam o sentimento de pertencimento a uma família, com as consequências de busca e perda de afeto.
- **Teoria do Pensar** – para Bion, o pensar surge como uma saída para se lidar com a frustração, incluindo as devidas consequências resultantes da capacidade de o ego conseguir superar, ou não, o ódio resultante de determinada decepção. Ou seja, ele afirma que o pensar é o resultado de um processo a partir das experiências sensoriais e emocionais. A emoção está no centro do significado da vida psíquica e não apenas um processo intelectual. Bion descreveu dois tipos de funcionamento mental, a mente automática ou proto mente, e a mente simbólica. Para Bion, os pensamentos precedem o pensar e eles existem independentemente do pensador. Ele acreditava que para se pensar era fundamental a construção de um mecanismo que seria resultado da relação mãe-bebê: ela operando com ‘reverie’, isto é, com a capacidade de receber as projeções do bebê, elaborá-las em significados e devolvê-las ao

bebê para que ele possa assimilar o funcionamento mental da mãe.

- **Teoria das Transformações** – Quando uma experiência emocional possa ter um valor de aprendizagem e de segurança proporcionando uma maior capacidade de acolher a dor.

Em outras palavras, Bion ampliou os conceitos de memória e desejo em relação à prática da psicanálise. Recomendou, inclusive, que o analista abra mão desses elementos quando diante do paciente: deixasse de lado o desejo de curar o paciente e, além disso, que fosse ao consultório sem as lembranças da sessão anterior.

Frases de Bion

“O objetivo de uma análise não é o de o paciente vir a ficar igualzinho ao analista, e estar curado igualzinho ao seu analista; mas, sim, o de ele vir a se tornar alguém que está se tornando alguém!”

“Um bom analista está sempre lidando com uma situação desconhecida, imprevisível e perigosa”.

“(…) a única coisa que parece ser básica não é tanto aquilo que fazemos, mas aquilo que vivemos, aquilo que somos”.

A minha visão - Os 3 Pilares

Introdução

Certa vez, eu estava preparando um trabalho para ser apresentado no “*II Congress on Mental Health: Meeting the Needs of the XXI Century (19-21 October, 2018, Moscow, Russia)*” – um importante congresso mundial sobre saúde mental. Seria a minha segunda participação naquele evento, uma vez que estive presente no primeiro encontro, também organizado em Moscou, dois anos antes. Minha intenção era apresentar a sequência de um trabalho que eu já tinha exposto. Percebi, então, que a continuação não deveria ser repetida, e que eu precisaria demonstrar, em 15 minutos, a minha experiência no tema dentro do Ambulatório de Prematuros da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Como eu poderia resumir minha experiência de seis anos, até então (nove anos, em 2021) em termos do que eu oferecia dentro desse serviço, com o foco em crianças que nasceram prematuras? Optei por situar o “problema”, a questão, em diferentes abordagens expressas dentro de uma equipe multiprofissional. Uma equipe que lida com crianças que nasceram com menos de 37 semanas de gestação e baixo peso.

Fui observando que muitas situações eram complicadas em relação ao que fazer. Como acessar? De certa forma, tinha dificuldade em compreender, e aos poucos fui me familiarizando – reconheço que precisei ter uma dose de paciência. Sim! Paciência! Pois um dos primeiros sinais que percebi, em mim, é que eu queria fazer tudo o que eu achava que era necessário fazer por aquelas crianças.

Muitos deles haviam sobrevivido a situações que eu sequer podia imaginar que um ser humano pode passar – e ter que permanecer nessas condições de fragilidade, vulnerabilidade e, muitas vezes, entre a vida e a morte por vários segundos, minutos, horas, dias, semanas, meses, às vezes anos.

Fui percebendo que minha escuta tentava alcançar o que não era dito nem pela mãe, nem pela equipe, nem pela criança e tampouco por mim mesma. Aqueles dias passados na incubadora, na UTI, na Unidade Neonatal, com necessidades variadas. Muitas vezes, era muito distante para mim o que essa criança, essa família e a equipe médica haviam passado – isto é, como aquele cenário foi se constituindo.

Um de meus primeiros pacientes tinha quatro ou cinco anos. Ele não falava, não andava. Tinha paralisia cerebral. Sua tia-avó paterna o havia tomado para si. Ela se ocupava dele e de suas necessidades. Trazia-o em seu carrinho de bebê, utilizando oxigênio e sonda gástrica para sua alimentação. Era um quadro bastante impactante: aquela tia-avó paterna, de certa idade, frágil e de ossos visíveis em sua pequena estatura, já não conseguia carregá-lo como fazia anteriormente. Pois a vida dele foi assim, desde sua alta hospitalar. Depois que nasceu, ele sofreu inúmeras internações em função das repercussões de sua extrema prematuridade.

E eu pensava: o que eu posso fazer nesse cenário?

A tia-avó me procurava, pois vinha encaminhada pela nutricionista que, atenta, percebeu a angústia e ansiedade interferindo na saúde da criança. Ouvi atentamente toda a história que ela queria contar. A cada frase me surgia um aperto no coração. E, francamente, era isso o que eu me sentia na condição de fazer: acolher a dor e a esperança de que ela poderia cuidar da criança da melhor maneira possível.

E, assim, muitos encontros aconteceram. Minha aflição foi dando lugar à observação do olhar da criança para sua cuidadora. E o olhar da tia-avó paterna cadenciando-o em seu colo, enquanto conversávamos.

Fui escutando a aflição de sua fala, pois ela temia morrer antes que a vida da sua criança chegasse ao fim. Fui escutando os grunhidos da criança diminuírem ao mesmo tempo que a tia-avó paterna começava a respirar de forma tranquila e pausada. E, de certa maneira, eu estava na presença de uma dupla que parecia funcionar de forma complementar. Um necessitando do outro, como vasos comunicantes. E, assim, fui percebendo e nomeando os três itens: Observação, Escuta e Presença Terapêutica.

E, a partir desse exemplo, minha prática foi se tornando mais rica e objetivamente mais precisa. Essas três formulações foram desenvolvidas e recapturadas para demonstrar, naquele congresso, a **necessidade** de um psicoterapeuta ou psicólogo clínico no acompanhamento e integração de uma equipe multidisciplinar.

Agora, revisitando minha história dentro desse serviço, pude elaborar, de forma sucinta, essa conjectura. Provavelmente, minha incerteza de como tratar essa questão foi encontrando um lugar. As suposições estudadas, administradas e vividas, desde minha formação, foram dando lugar à manutenção da esperança.

O local onde me encontrava poderia ser o cenário para dar seguimento ao estudo de levar esperança a quem lutou para sobreviver, viver. E, para quem colaborou nessa luta pela sobrevivência, para seguir vivendo. Seja a equipe médica, a família e o próprio bebê nascido prematuro.

OBSERVAÇÃO, ESCUTA e PRESENÇA TERAPÊUTICA são os pilares da minha ação profissional e pessoal. Vamos a eles.

Observação - percepção da luz

(de certa forma - isso se aproxima da fotografia)

Pode parecer simples – e é simples, de uma simplicidade tão grande que chega a ser complexo. E, assim, assemelha-se à complexidade humana. O que está envolvido nessa observação?

São aspectos divergentes e convergentes que, se pudermos aguardar, veremos, e descobriremos um novo caminho. É como se o inefável pudesse ser identificado, narrado, compartilhado.

É um simples olhar – nem tão simples assim – que, por associação de ideias, pode orientar e indicar o sol do entendimento. É uma concentração do espírito movida pela atenção, prudência e investigação que norteia a formulação da análise. Quase como num garimpo onde as preciosidades vão aparecendo, indicando suas evidências.

De certa forma, também podemos incorrer em erro. Por que motivo? De que maneira? Talvez pela inexatidão e tentativa de acerto – a observação é ativa e atenta. O erro pode indicar a necessidade de uma “adequação”, um novo retomar do caminho – e, na verdade, o próprio erro pode ser uma necessidade de reorientação. É também um sinal. Observar que o erro que ocorreu indica que podemos estar bem próximos de uma situação emocional densa e conflituosa. E, assim, observar o que foi observado é uma ferramenta auxiliar importante.

O reconhecimento baseado na observação é o compromisso com a “verdade” declarada. A responsabilidade com

o dever comprometido fundado na observação indica rompimento com o que não quer ser evidenciado.

Da mesma forma, poderíamos pensar na observação como um comando no sentido de algo a ser executado. Penso que uma observação a ser providenciada seria a própria encenação em cena.

E como identificar?

Bem, essa identificação é uma fonte interna de conteúdos de experiências emocionais que latejam em nosso interior. É um forte indício que é desenvolvido durante a formação no trabalho e a introjeção acumulada de vivências vividas e refletidas/analizadas.

Seguindo o raciocínio – interpretamos o que é observado. Damos um significado para a nossa observação. E também não devemos esquecer que nosso significado encontrado está baseado em nosso *background* teórico e vivencial – fruto de análise pessoal, estudo e articulação desses conteúdos.

Vamos pensar e tomar como hipótese que, quanto mais temos conhecimento de nós mesmos, mais poderemos ampliar nossa percepção e compreensão do que se passa a nossa volta.

Porém, há um risco – podemos pensar nas observações tendenciosas. Aqui, penso que se aplicaria a possibilidade de erro e do engano. Há a intuição – fruto da experiência adquirida e que “deve” ser também observada. Palpite, adivinhação, inspiração – há que se ter um espaço interno para acolher o que é observado. E, assim, a intuição e a observação podem ser analisadas e orientadas para a ausência de raciocínio.

Acolher – aguardar – observar.

Podemos pensar que, na verdade, quem observa é um espectador, aquele que contempla, vigia, assiste e presencia é

testemunha de uma cena, de um acontecimento, e também participante – interagindo com o que se manifesta internamente em função do que observou e sentiu. Passa a ter sua compreensão sobre si mesmo, quase um padrinho da cena.

Quando a observação está em ação, algumas coisas acontecem. Por exemplo: a atenção, os sentidos estão ativos e podem ser ativados.

Escuta

A Escuta nos aproxima de sons que podem nos tocar, pois aqueles que não nos tocam, sequer percebemos.

Dessa forma, prestar atenção a nossa volta é algo que nos enriquece tanto para o bem como para o mal. Digo isso porque percebemos coisas e elas nem sempre dizem respeito ao que queremos perceber. Por outro lado, no trabalho, todo som, todo o silêncio percebido tem um sentido e um significado.

Estar atento é o caminho e a indicação de onde seguir. Perceber/presentir algo é fruto do escutar atentamente, e isso nos fala.

Escutar também promove o acercamento à experiência emocional. O que a pessoa está sentindo/o que está vivendo.

Como discriminar o som que produz contato daquele que é apenas o canto da sereia? A proposta da discriminação já é um tipo de contato.

Escutar tem a ver com o que se percebe, pois apresenta um campo de conhecimento e informação/luz e esclarecimento. Dar ouvidos a uma percepção captada e sentida. Um cuidado e também uma expectativa. Bem, quando falamos em expectativa, se estabelece um limite como uma marca d'água. A expectativa abre espaço para o erro, para

o novamente canto da sereia. O meu autoconhecimento é o divisor de águas entre a investigação e o determinismo.

Escutar é abrir a porta para o desconhecido e inefável. Um tipo de capacidade negativa para suportar o irreal, o espaço em branco salpicado de novidades – com ou sem expressão. Capacidade negativa – ficar à espreita e à espera, esperando a formulação, esperando o toque (aparentemente) mágico e intuitivo da construção ideativa.

Escutar é ouvir, encontrar o que está oculto, o que não aparece, o que está encoberto. Para fazer aparecer e iluminar caminhos; para assim, quem sabe, ofertar probabilidades de esperança.

Escutar é também encontrar ignorâncias que escondemos – os tempos apagados envolvidos na estupidez acéfala.

A Escuta promove, ilumina o manifesto oculto – o adormecido e o recalcado; o que nos fez sofrer da e pela experiência.

Presença - presença terapêutica

Estar na presença de alguém, com alguém e para alguém é testemunhar visual, presencial e ocularmente; é respirar o mesmo ar que outrem.

Emprestar-se para esse testemunho, ser o anteparo e o receptor do outro, vivendo no mesmo ambiente, podendo se disponibilizar para o outro. E podemos pensar até para nós mesmos.

Requer um autoconhecimento bem grande para poder abdicar-se de si mesmo, para estar presente para além de suas dificuldades e necessidades.

Estar presente dessa forma pode ser algo como viver em comum, no mesmo ambiente com o que nos é apresentado pelo outro.

É interessante perceber que estar nessa situação por determinado tempo nos possibilita que a observação e a escuta sejam mais vivas, mais atentas, mais atuais.

E isso traz um alívio para o outro, confere-lhe existência e veracidade no que está sentindo, ou seja: sofrimento, sentimento, emoção presente ou ausente. Perceber e incluir o ausente, o esquecido, o etéreo e o inefável. O incompreendido passa a ter um lugar de manifestação e acolhimento.

A ausência causa esquecimento; a presença terapêutica está aberta a observar e escutar essas nuances que são apresentadas, mesmo que não tão evidentes, mesmo as ocultas e invisíveis.

Essas três proposições, combinadas, se potencializam e, dessa forma, incrementam a receptividade do que pode estar acontecendo no encontro, na sessão, na consulta, na conversa, no entorno.

Dar lugar ao novo de cada um, ou melhor, possibilitar a transformação para o acolhimento e reestruturação da dor, sofrimento, dificuldade. Ajuda a condicionar para uma ação.

Dito de outra maneira, abre-se uma expectativa, uma porta, uma esperança para o futuro. Para aquilo que ainda não ocorreu, para aquilo que está por vir, o devir, o futuro.

A proposta que encontrei foi buscar uma chance para o que pode ser feito e não se preocupar em demasia com o que não pode ser feito, ou quando não podemos fazer nada.

Orientar para seguir em frente, acolhendo nossas falhas, pecados e crimes que cometemos, esquecendo que isto se trata de uma parte muito insignificante do todo da história.

Criar memórias para o futuro, já que outras coisas virão em nossa direção e a presença terapêutica tem a potência de colaborar com esse movimento – muitas vezes é difícil de ser suportado sozinho.

Essas três proposições alimentam o raciocínio, a reflexão, a análise, estabelecendo e/ou proporcionando hipóteses inspiradoras de pensamentos, imaginação – trazendo aberturas e abstrações para continuarmos seguindo dando tratos à bola e ampliando o espaço para existir e seguir vivendo, encontrando a razão de ser, um sentido.

PARTE 4

IDEIA

8. A inspiração (Réd Methot)

9. O projeto

10. Os resultados preliminares

11. Conclusões / Reflexões

A inspiração (Réd Methot)

Em 2019, como aluna de um curso de fotografia, pensei em realizar um ensaio inspirada no trabalho de um fotógrafo canadense, Red Méthot¹¹, que ganhou projeção mundial com seu álbum *Les Premas*¹². Após o nascimento do seu primeiro filho, ele se encantou com a perseverança e a luta diária de pequenos bebês pela sobrevivência. “Antes de meus filhos nascerem (seus dois filhos nasceram prematuros), eu não sabia nada sobre parto prematuro. Então, decidi fazer um projeto fotográfico para dar às pessoas mais conhecimento sobre esse tema. Eu estava procurando uma maneira de mostrar como os bebês prematuros são ótimos lutadores”.

Ele fotografou 22 crianças, adolescentes e adultos segurando suas fotos em preto e branco quando recém-nascidos. A maioria estava alheia ao começo difícil de sua vida. Méthot logo percebeu que a ideia inicial de fotografar bebês prematuros no hospital seria logisticamente difícil. Geralmente, bebês prematuros (crianças nascidas antes de concluídas 37 semanas de gestação e com peso inferior a dois quilos) são mantidos em unidades de terapia intensiva até que seus órgãos se desenvolvam completamente.

Então, seus primeiros modelos foram seus filhos; mas logo outros pais de filhos prematuros se interessaram pelo projeto. “Eles são especiais porque eu estava lá para tirar uma foto deles. E estou muito feliz pelas pessoas estarem falando sobre prematuridade e as fotos poderem ser vistas por pessoas que estão vivendo isso agora. Pode haver pessoas

¹¹. RED MÉTHOT – Photographe à Québec. Disponível em: <<https://redmphoto.ca/>>. Acesso em fevereiro/2021.

¹². LES PRÉMAS. Disponível em: <<https://redmphoto.ca/les-premas/>>. Acesso em fevereiro/2021.

que tenham um filho pequeno no hospital, no momento, e espero que isso possa ajudá-los”, ele declarou.

Assim, entrei em contato com ele, por meio de uma rede social, para comunicar minha intenção de, inspirada neste seu trabalho, realizar algo semelhante.

O Projeto

Meu projeto se chama: “Nascidos de novo: um ensaio fotográfico”¹³. O local onde eu o desenvolvi foi o Ambulatório de Prematuros do Departamento de Pediatria (disciplina de pediatria neonatal) do Hospital Universitário da Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), em parceria com a ONG ‘Instituto do Prematuro – Viver e Sorrir’, ambos sediados na cidade de São Paulo (SP), região sudeste do Brasil.

Este ambulatório é um centro especializado no acompanhamento de prematuros. Foi instituído em 1981 com o objetivo de prestar assistência multiprofissional a crianças nascidas prematuramente, visando à promoção de seu crescimento e desenvolvimento, desde a alta hospitalar até o final da adolescência.

O acompanhamento ambulatorial é prestado por uma equipe interdisciplinar, o que possibilita a colaboração de várias especialidades com conhecimentos e qualificações distintas, situação que permite o diagnóstico e o tratamento precoce de possíveis sequelas da prematuridade, minimizando suas repercussões presentes e futuras.

Início

Desde outubro de 2012 atuo como psicóloga e psicoterapeuta voluntária no Ambulatório de Prematuros, prestando atendimento (em grupo e individual) às crianças, quando de sua internação, assim como à dupla mãe-bebê, acompanhando-as

¹³. Ensaio Fotográfico: união de fotografias sobre um mesmo tema ou realizadas por um mesmo autor.

nas consultas pediátricas e fisioterápicas e, em casos específicos, na escola e no lar (*in loco*). E também presto assistência aos adolescentes até que completem 21 anos.

Desenvolvimento

Os casos

Iniciei o projeto com a aprovação e a autorização da coordenadora do Ambulatório de Prematuros e, também, de algumas mães, que aceitaram o convite para participar.

Esses eram os objetivos do projeto:

- Divulgar a questão da prematuridade, pois o número de nascimentos prematuros é alto, e este dado é desconhecido da sociedade em geral. O relatório *Born too Soon: the global action report on preterm birth*¹⁴ assinala que 15 milhões de crianças em todo o mundo nascem prematuramente a cada ano.
- Divulgar e conscientizar a sociedade das necessidades imperativas referentes às crianças nascidas prematuras para sua evolução física e saúde mental, uma vez que tecnologias avançadas, modernos equipamentos no tratamento hospitalar, a presença de profissionais especializados e a melhoria na abordagem pós-natal, bem como o apoio psicossocial às famílias, contribuem para aumentar as taxas de sobrevivência de bebês prematuros.

¹⁴. Born too Soon. Report. Disponível em: <https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf>. Acesso em fevereiro/2021.

Muitas mães não tinham fotografado seus filhos nesta fase da vida, pois achavam que “eles poderiam não vingar e ter uma foto seria por demais doloroso”. Assim sendo, muitas das crianças e adolescentes envolvidos não conheciam este capítulo da sua história.

Então, antes do ensaio fotográfico promovi uma jornada de conversas com as mães, as crianças e os adolescentes sobre esses fatos e outros assuntos pertinentes. Foi um recurso importante na tentativa de recuperar parte significativa de suas trajetórias pessoais, integrando parte de si mesmas por meio das histórias relatadas, abrindo novos horizontes e robustecendo a força da vida.

Com o início do ensaio fotográfico, observei que as crianças e os adolescentes foram ampliando a autopercepção e a readequação do olhar sobre si mesmos. Acredito que a iniciativa tenha sido um sucesso.

Os contratempos

Devido ao acordo de confidencialidade que existe entre terapeuta e paciente, não vou apresentar aqui os detalhes das crianças e adolescentes que aceitaram participar do projeto, com a aprovação de suas famílias. Para que os leitores tenham uma ideia geral dos perfis de cada um deles, informo que desenvolvi o projeto com as seguintes pessoas: quadrigêmeas pré-adolescentes não-idênticas; um jovem rapaz que nasceu apenas na quarta gravidez da mãe, com 26 semanas, pesando 1.050 gramas; uma adolescente que esteve entre a vida e a morte em mais de uma oportunidade; uma família em que os quatro partos foram de bebês prematuros: dois gemelares, um de trigêmeos e um de quadrigêmeos; uma pré-adolescente que vive com o pai e com

a avó paterna desde muito pequena; uma pré-adolescente que presenciou um assassinato, nasceu de 30 semanas e ficou internada durante 28 dias; um adolescente que normalmente se mostra quieto, calado, tímido, assustado.

Nem todos eles tinham fotos da época em que nasceram. Com diferentes graus de aceitação e resistência, todos tiraram fotos segurando as imagens que tinham da época em que estavam na incubadora, um processo que se mostrou bastante revelador e contribuiu para o avanço do nosso trabalho terapêutico.

A pandemia do novo coronavírus que mudou o mundo em 2020 também afetou o meu trabalho com essas crianças, adolescentes e famílias. No início, devido às restrições impostas pelas autoridades, o contato com os pacientes foi interrompido durante três meses. No entanto, a partir de junho de 2020 eu voltei a ter contato com todos eles de maneira remota, via computador, e nosso trabalho conjunto teve prosseguimento.

Os resultados preliminares

Mesmo com todas as dificuldades impostas pela pandemia do novo coronavírus, o meu trabalho com os pacientes prematuros, apesar de momentaneamente interrompido, seguiu em frente em 2020. Aqui vale a pena uma observação: diferentemente de alguns segmentos da área médica, que pressupõem a presença física do paciente e o contato físico com o médico, o trabalho psicoterapêutico pode ser desenvolvido de maneira remota, via telefone ou computador. Não é o ideal, evidentemente. Mas entre dar prosseguimento ao tratamento dessa forma ‘imperfeita’ ou interromper totalmente o contato com os pacientes, não tive dúvida sobre como deveria proceder.

No início do projeto, pedi uma fotografia que fosse a primeira foto de sua vida. Muitos não possuíam, pois seria muito triste, para as mães e pais, ter a lembrança de algo que queriam esquecer – queriam não poder lembrar. Até o fato de eu pedir gerava certa ansiedade e nervosismo. Surgiam fantasias:

Por que ela quer isso?

O que ela pretende?

Essas frases faziam parte do não dito. Mas eu entendia a necessidade de identificar, nomear, produzir e relacionar. Pois é necessário combater a desesperança. A recuperação da Esperança! Necessária para viver e se desenvolver. Preparar-se para o futuro e com suas escolhas. Com minha forma de olhar, sentir e ver, relato algumas situações vividas durante o trabalho. Sou psicóloga, psicoterapeuta e em

formação para me tornar uma psicanalista. Um de meus primeiros conceitos, aprendidos durante minha vida profissional, como já mencionei em outros momentos, é que a experiência emocional pode ser o gerador e motivador de mudanças. Sempre pensando na relação e em como eu acredito que ela se desenvolva: observando, escutando e participando com e em presença.

Até a finalização deste livro (abril de 2021) eu poderia mencionar, de maneira geral, os seguintes resultados alcançados com o projeto “Nascidos de novo: um ensaio fotográfico”:

- Alguns dos pacientes, quando ouviram a proposta das fotografias, ficaram eufóricos. Outros até se prepararam para montar um cenário, trazendo acessórios (brinquedos e máscaras, entre outros objetos, para suas interpretações) – isso não foi solicitado, mas eles consideraram importantes.
- Houve entre eles quem não se reconhecesse nas fotos quando bebês, parecendo estar diante das suas imagens pela primeira vez, demonstrando curiosidade e estranhamento.
- Em um dos casos, eu e uma paciente, diante de várias fotos sem identificação, ficamos buscando aquela que poderia ser a dela e, juntas, escolhemos a mesma fotografia! Isso porque, de alguma maneira, associamos a imagem de um bebê gordinho com a silhueta da menina naquele momento. Depois, descobri que estávamos equivocadas: aquela foto não era a dela. Quando diante do retrato verdadeiro, vendo-se recém-nascida na UTI, ela expressou certa aflição por meio falta de ar e palidez. “Você não está mais assim”, afirmei, para tranquilizá-la. E seguimos com o trabalho.

- Venho construindo um relacionamento bastante interessante com uma paciente. Fizemos três sessões de fotografias, em lugares diferentes. Pudemos conversar várias vezes sobre situações de sua vida, e as fotos foram fios condutores importantes no resgate de sua memória e história. Os registros fotográficos serviram como um instrumento que articula, correlaciona afetos e emoções, trazendo-os à tona de forma lúdica. Não! Talvez lúdica não seja a melhor palavra. O mais adequado seria pensar que sim, os registros fotográficos podem atualizar, no presente, os afetos e emoções de forma mais espontânea, singela, genuína.
- Algumas crianças não tinham fotos da época de seu nascimento, mas decidiram participar do ensaio, pois demonstraram interesse e muita vontade de serem fotografadas. São crianças com força e desejo.
- Uma paciente se mostrou muito tenaz e sensível. Ela me trouxe uma foto em que aparece no colo de sua mãe, segura pelo Método Mãe Canguru. Ela reiniciou o acompanhamento psicoterápico por solicitação da mãe e demonstra ser uma menina poética, dramática, falante e esperta. Tem sido capaz de “suportar” seus medos a ponto de permanecer acordada diversas horas, como se, assim, pudesse proteger sua família, tal um guarda noturno.

Reflexões/conclusões

Venho trabalhando com bebês nascidos prematuros, e suas famílias, desde 2012. Ao longo desses nove anos (até 2021), aprendi muito desse universo que eu conhecia tão pouco, e acredito que já tenho condições de fazer algumas ponderações a respeito desse tema.

Primeiramente, vamos a algumas reflexões.

Se tudo o que ocorre no setting terapêutico¹⁵ pode promover mudanças, os três recursos metodológicos combinados, que eu denominei ‘3 Pilares’ – a Observação, a Escuta Analítica e a Presença Terapêutica – se potencializam e, desta forma, incrementam a receptividade do que pode acontecer no encontro, na sessão, na consulta, na conversa e no entorno.

Esses recursos possibilitam a transformação para o acolhimento e a reestruturação da dor e do sofrimento, abrindo portas de esperança para uma vida futura com melhor qualidade.

Em relação ao papel do psicólogo/psicoterapeuta, esses recursos – a Observação, a Escuta Analítica e a Presença Terapêutica – são ferramentas que alimentam o raciocínio, a reflexão e a análise, estabelecendo e/ou proporcionando hipóteses inspiradoras de pensamento e de imaginação, trazendo aberturas e abstrações para continuar ampliando o sentido e o espaço do existir.

Nos diversos atendimentos realizados com os bebês nascidos prematuros pude perceber algumas situações que puderam se desenvolver de uma forma a tranquilizar o

¹⁵. Espaço no qual a relação entre terapeuta e paciente acontece.

paciente. Cada encontro foi – e é – uma possibilidade. Por exemplo: recebo uma solicitação para que eu veja e fale com uma mãe que está muito apreensiva, angustiada e atormentada, pois seu filho tem dificuldades para se alimentar. O pedido vem pelo profissional do ambulatório que identifica algo que pode estar contribuindo para o desassossego dessa mãe. Marco uma conversa com ela e o que percebo, no decorrer do contato, é que ela vive internamente uma sensação de solidão, angústia, sofrimento, desamparo, confusão e aflição – tudo isso fruto de diversas lembranças mal acomodadas dentro de si. E todo esse mal-estar acaba produzindo, na relação com o filho, um vínculo simbiótico e fusional.

Nesse sentido, nossas conversas foram tomando um lugar de destaque em sua fala e, aos poucos, os sintomas, que eram frequentes em seu filho, foram ficando escassos. No momento em que a mãe se sentiu acolhida, contida em sua aflição, ela pôde ampliar a sua observação à sua volta e estabelecer um contato mais realístico com o entorno. Ela conseguiu identificar em si elementos que podem ser trabalhados para expandir a sua capacidade de tolerar as vicissitudes.

Assim, o trabalho envolve a eficiência de estar disponível para observar, escutar e se mostrar presente na e durante a experiência. Essa tríade, no exercício do ofício, propicia a articulação do conhecido, inspirando a dilatação da arte da espera.

O que vi em meus atendimentos, independentemente de estarem ou não vinculados à prematuridade, foi a criação de um espaço interno para suportar e tolerar o que é insuportável. Um espaço que ajuda o paciente a refletir sobre seus problemas, encontrando novos meios de lidar com eles. Com isso, o indivíduo pode promover mudanças

profundas no seu modo de pensar e melhorar sua vida de maneira significativa.

Agora, gostaria de compartilhar algumas das conclusões às quais cheguei como resultado dessa jornada.

Se as mães pudessem ser psicologicamente amparadas e sentir esse amparo, não como uma recriminação, mas como autêntica ajuda, isso as ajudaria a lidar com a angústia e a culpa pelo nascimento do bebê. A mãe não é ‘culpada’ pelo nascimento prematuro do bebê.

Em geral, as mães são mais presentes no tratamento e acolhimento do bebê nascido prematuro do que os pais. Em minha experiência, tive apenas dois casos de pais muito presentes – muito mais do que as mães.

Na maioria das vezes, a principal razão para os pacientes abandonarem o tratamento é a questão financeira: nem sempre sobra dinheiro para o transporte até o ambulatório, e nem sempre a mãe pode levar a criança até lá, por causa do trabalho. No entanto, com a pandemia essa situação pôde ser contornada, e a grande dificuldade passou a ser a conexão à distância (telefone disponível, qualidade de internet, etc.) – o outro lado das limitações financeiras.

Tive casos de crianças que decidiram encerrar o tratamento porque sentiram que poderiam seguir em frente sozinhas, com as ‘próprias pernas’. Por outro lado, notei que, em alguns casos, as crianças não percebiam que já não estavam mais doentes – e eu tinha que ajudá-las a enxergar essa realidade. A sensação de morte, às vezes, permanece e impacta a vida da criança, sem ela perceber.

Muitas mães repetem as suas próprias histórias – elas descreveram várias tentativas de engravidar, mesmo com casos de abortos e falecimento de bebês nascidos prematuros. Como dito anteriormente, as mães guardam, em si

mesmas, questões, angústias e anseios em função do nascimento prematuro.

Dependendo do funcionamento de cada mãe, o grau desse sentimento de culpa e incompetência, em função de ter gerado um bebê prematuro, vai variar. Especialmente diante de situações em que a mãe se vê incapaz e impossibilitada de alimentar seu filho – na maioria dos casos pelas próprias condições dele, ao não conseguir sugar. Surge, então, uma frustração intensa: “sou incapaz de alimentar meu bebê” – o que, por sua vez, desencadeia um sentimento frustrante e impotente, que gera angústia.

Uma das formas que as mães encontram para lidar com isso é tentar evadir-se, projetar no mundo e nas relações mais próximas, muitas vezes na equipe médica, esse sentimento de impotência.

Então, muitas vezes a mãe tenta expulsar seus sentimentos indesejáveis de culpa e frustração, entre outros igualmente destrutivos, na equipe médica. Pois ela é a mais próxima da situação apresentada, que acaba recebendo toda a descarga emocional.

Por sua vez, a equipe médica pode reagir de diversas formas. Podemos compreender todo esse cenário. Ele é, de certa forma, esperado. Todavia, todos nós seres humanos (“que não temos sangue de barata”), temos e sentimos angústia. Portanto, é de se esperar que a equipe, compreendendo a emoção da mãe, possa lidar com a mesma. Como? Acolhendo-a, minimizando os conflitos, dando significado – encontrando as angústias e diminuindo a ansiedade.

Dependendo da maturidade emocional e psicológica da mãe, assim como da equipe médica, o desfecho desse cenário pode colaborar ou prejudicar o desenvolvimento do bebê. Por exemplo: propiciando um acolhimento adequado o úte-

ro pode ser reconstituído do lado externo da mãe – com a Unidade Neonatal funcionando como um útero extra corpóreo. Devemos considerar que o nascimento de um bebê prematuro é acompanhado de uma mãe também prematura.

A proposta dos Três Pilares é oportuna pois propõe a criação de um espaço para identificar e acolher as angústias, os medos e as fantasias envolvidas, até elas poderem ser reconhecidas e trabalhadas. A equipe multiprofissional é um instrumento potente para fortalecer esse desempenho. E o psicólogo, como eu disse, é um integrante dessa equipe. É como uma engrenagem: cada um com seu papel, função e objetivo únicos, de maneira unânime, para a sobrevivência biopsicossocial saudável desse ser nascido prematuro.

Importante: dependendo do grau de dificuldade experienciado na situação da prematuridade, emoções e sentimentos de medo para todos os envolvidos podem ser desencadeados – pois, de certa forma, todos sofrem. Um nascimento prematuro pode ser compreendido como “uma violência não identificada, não processada” e, assim, surgem riscos para mal-entendidos.

Minha experiência mostrou que, em muitos casos, o psicoterapeuta atua como um maestro entre as mães e a equipe médica. Ele/ela faz uma ponte entre esses dois extremos que, às vezes, têm muita dificuldade para se fazerem entender. Foram várias as ocasiões em que os médicos me solicitaram assistência nesse sentido – e também para poderem compreender um pouco melhor a condição psicológica das mães.

Nesse livro, depois de apresentar a situação da realidade dos bebês nascidos prematuros e do meu trabalho com alguns deles, procurei reunir um conjunto de ideias a caminho de um todo. Pois é no contato interpessoal que se

constitui uma relação e a proposta de expansão, em que o psicoterapeuta ajuda o paciente a sair do sensorial em direção ao psicológico, ampliando no outro e no próprio psicoterapeuta a promessa de saúde mental. A partir daí, seguimos adiante.

Apêndice

Em 17 de novembro de 2020, como uma homenagem ao Dia Mundial da Prematuridade, decidi elaborar um texto e distribuí-lo entre amigos, profissionais e entidades vinculadas a terapias.

NOVEMBRO ROXO¹⁶

MÊS INTERNACIONAL DE SENSIBILIZAÇÃO PARA A PREMATURIDADE

17 DE NOVEMBRO

DIA MUNDIAL DA PREMATURIDADE

PRECISAMOS FALAR SOBRE PREMATURIDADE?

SIM!

- 1. Porque** a prematuridade é um problema mundial de saúde pública, uma vez que atinge 15 milhões de crianças todos os anos: um (1) em cada dez (10) bebês em todo o mundo¹⁷.
- 2. Porque** a prematuridade é a principal causa de morte neonatal (de 0 a 28 dias) e de mortalidade infantil (menores de 5 anos) no mundo. Mais de um milhão

¹⁶. O roxo simboliza sensibilidade e individualidade, características peculiares às crianças nascidas prematuras. O roxo também significa transmutação (mudança); a arte de transformar algo em outra forma ou substância – transformação.

¹⁷. BORN TOO SOON. Report. Disponível em: <https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf>. Acesso em fevereiro/2021.

de crianças morrem anualmente devido a complicações de parto prematuro.

3. **Porque** a prematuridade é uma importante causa de morbidades graves, associadas a longas internações hospitalares.
4. **Porque** sobreviventes de nascimento prematuro podem enfrentar consequências adversas à saúde ao longo da vida relacionadas ao desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e comportamental.
5. **Porque** as sequelas da prematuridade geram um ônus expressivo para as famílias e para a sociedade.
6. **Porque** são inúmeras as causas que levam ao parto prematuro, mas ainda não se conhecem todas elas; em muitas ocorrências, não se consegue associá-lo a uma causa específica.
7. **Porque** priorizar a ação preventiva, o diagnóstico e a provisão de cuidados adequados, bem como a conscientização sobre os efeitos de prematuridade, são medidas urgentes e necessárias para enfrentar o problema.
8. **Porque** é uma forma de chamar a atenção do poder público, do poder privado e da sociedade em geral sobre a seriedade do tema e a necessidade de medidas de prevenção, humanização do cuidado, tratamentos adequados e de forma igualitária.
9. **Porque** as desigualdades nas taxas de sobrevivência no mundo ainda são díspares e requerem medidas urgentes e efetivas, sendo um dos principais desafios inerentes à provisão de serviços. Nos países em desenvolvimento, metade dos bebês nascidos com 32 semanas morre devido à falta de medidas essenciais como,

por exemplo, apoio à amamentação e cuidados básicos para evitar infecções e dificuldades respiratórias¹⁸.

10. **Porque** é necessário envolver os pais e familiares no cuidado, na estimulação e na interação como fatores cruciais para o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança nascida prematura.
11. **Porque** é necessário investimento na capacitação dos profissionais de saúde nos cuidados e atendimento primários e na melhoria da abordagem pós-natal, para a prévia identificação e início de tratamento.
12. **Porque** é necessário investimento na funcionalização e no aparelhamento das Unidades de Internamento Neonatal e em tecnologias avançadas para minimizar as consequências do nascimento antecipado.

¹⁸. O Brasil é o 10º país com mais partos prematuros no mundo. O nascimento de bebês prematuros corresponde a 12,4% dos nascidos vivos.

Bibliografia

- ABERASTURY, A. *El niño y sus juegos*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1990.
- BATISTA PINTO, E. *O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida*. Rio Grande do Sul. No prelo.
- BATISTA PINTO, E. et al. A criança prematura: implicações da parentalidade. In: SILVA, MCP; SOLIS-POTON, L. (Org). *Ser pai, ser mãe: a parentalidade, desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. pp. 177-188.
- BOWLBY, J. *Apego e perda*. Apego: a natureza do vínculo. v. 1. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- _____. *The nature of the children's ties to his mother*. Intl. Journal of Psychoanalysis: 1958, 39, 350-373.
- BRAZELTON, T.B.; CRAMER, B.G. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- DOLTO, F. *O caso Dominique*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- _____. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde cuidados com o recém-nascido pré-termo*. v. 4. Brasília, DF, 2011.
- FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas*. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- _____. O ego e o id. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas*. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

- _____. Inibições, sintomas e ansiedade. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- KLAUS, M.; Kennell, J.H. *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- KLEIN, M. *Melanie Klein: psicologia*. São Paulo: Ática, 1982.
- _____. Amor culpa e reparação e outros trabalhos. In: KLEIN, M. *Obras completas*. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1986.
- MAHLER, M.S.; PINE, F.; BERGMAN, A. *The psychological birth of human infant*. New York: Basic Books, reprinted 1991.
- MATHEIN, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com bebês prematuros*. Tradução Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- MAZET, P.; STOLERU, S. *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- PIONTELLI, A. *De Feto a Criança: um Estudo Observacional e Psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- STERN, D.N. *The first relationship-infant and mother*. Cambridge (Mass.): Harvard Press, 1977.
- _____. *Constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- SPITZ, R.A. *O primeiro ano de vida*. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- WINNICOTT, D.W. *A criança e o seu mundo*. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- _____. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- _____. *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ZORNIG, S. Prematuridade e trauma. *Revista da Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle*, Rio de Janeiro, v. 33, 2001.

Websites

INSTITUTO DO PREMATURO VIVER E SORRIR. Relatório Anual 2018. Disponível em: <institutodoprematuro.org.br>. Acesso em: janeiro/2021.

RED MÉTHOT – Photographe à Québec. Disponível em: <<https://redmphoto.ca/>>. Acesso em: fevereiro/2021.

LES PREMÁS. Disponível em: <<https://redmphoto.ca/les-premas/>>. Acesso em: fevereiro/2021.

BORN TOO SOON. Report. Disponível em: <https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_born-too-soon-report.pdf>. Acesso em: fevereiro/2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PAIS, FAMILIARES, AMIGOS E CUIDADORES DE BEBÊS PREMATUROS (www.prematuridade.com)

Revistas

Riese ML. Temperament in Full-Term and Preterm Infants: Stability over Ages 6 to 24 Months. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 1988;9(1):6-11.

Revista Educação (Edição 245 – dezembro 2017).



Emília,

Li seu livro dentro das minhas condições deste momento. Gostei muito do conteúdo e da forma de apresentação. Muito clara, objetiva, sucinta, como devem ser informações relevantes.

Se for destinada a um público mais acadêmico, necessitaria de alguns desenvolvimentos e mais referências bibliográficas.

Minha admiração pelo seu interesse pelos nossos frágeis companheiros de viagem neste nosso planeta, pela sua condição investigativa do problema, e especialmente pela sua dedicação aos prematuros.

Que tudo isso possa ser muito útil para todos os interessados neste problema tão relevante para todos!

Um saudoso abraço,

J.A. Pavan

in memoriam