



Relações Psicomataras da Bebê Hospitalizada¹

Eduardo Costa*

1 - Considerações Iniciais:

Os limites e restrições se apresentam todo o tempo no cotidiano das ações em saúde, e a cada dia tornam mais evidente a urgência de propostas inovadoras, que ofereçam recursos para o intercâmbio das chamadas não-ciências e da ciência constituída, cindido pelo pensamento moderno, em busca de alcançar uma compreensão ampliada da complexidade do humano e desenvolver ações mais abrangentes e eficazes.

Capra (1982, p. 127) nos fala desta complexidade quando afirma que "a saúde tem muitas dimensões, todas decorrentes da complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos e sociais da natureza humana". Contudo, recortando o corpo em partes cada vez mais ínfimas, a ciência moderna acaba por perder a noção de ser humano, não se ocupando no reconhecimento das interações complexas e dos fatores auto-eco-organizadores, inerentes aos indivíduos.

Quanto mais tenra a idade dos pacientes hospitalizados, maior é a lacuna entre as formas mais usuais de tratamento e as necessidades prementes ao seu equilíbrio psicossomático. As condutas clínicas com o bebê, que têm suas matrizes nas representações pessoais e teorias sobre a primeira infância, ainda parecem se ater às dificuldades de considerar seus recursos não-verbais como um discurso coerente e suas capacidades precoces como um fato (Piontelli, 1995; Stern, 1992).

Um bebê hospitalizado, na grande maioria das instituições, não consegue ser concebido como um sujeito em decorrência do "afunilamento" por que passam as percepções, a partir da formação bio e paramédica, no sentido de que prioritariamente, o corpo biológico, o "órgão" afetado seja atendido, tratado e recu-

Resumo

Este estudo teve como objetivo geral analisar as relações psicomotoras dos bebês de 0 a 24 meses hospitalizados nas enfermarias e UPG² pediátricas do Instituto Fernandes Figueira (IFF), no período de março a junho de 1997, que não apresentassem patologias neurológicas ou genéticas de base, visando a prevenção, através do brincar e do tocar, dos transtornos psicomotores mais usuais e seu manejo clínico.

A partir da metodologia qualitativa, os dados foram captados através de videofilmações das relações tônico-emocionais com o espaço hospitalar, familiares, staff e o processo de adoecimento, observações participantes e entrevistas temáticas. As análises se deram à luz das teorias da Psicomotricidade Relacional, Semiótica, Psicanálise e Pensamento Complexo. Com as intervenções Profiláticas Psicomotoras realizadas durante a pesquisa de campo, foi constatada uma modificação significativa em direção à retomada da espiral do desenvolvimento dos bebês, diminuição dos transtornos psicomotores e harmonização das relações intra-hospitalares.

Os resultados apontam para a urgência de revisar as necessidades do bebê hospitalizado, levando à reflexão sobre a compreensão de seus discursos não-verbais como informações que possibilitem uma adaptação das condutas clínicas aos ritmos e ao equilíbrio psicossomático do bebê e à homeostase familiar.

Palavras-Chave: Hospitalização, Infância, Humanização, Psicomotricidade

* Psicomotricista Clínico e Educacional; Sócio titular da S.B.P.; Mestre e Doutorando em Ciências: Saúde Pública - Saúde da Criança - IFF / FIOCRUZ - M.S.; Docente das pós-graduações em Educação e Reeducação Psicomotora e Dificuldades da Aprendizagem da EDU/UERJ, UCAM e AEDB (onde coordena); Presidente da ONG Sociedade Brincar é Viver.

perado, muitas vezes ignorando sinais e sintomas importantes, comunicados de forma simbólica, não-verbal.

A partir desta realidade, não podemos nos furtar em refletir sobre as concepções do binômio saúde/doença e o conceito de profilaxia. Como nos faz pensar Capra (1982), é nossa compreensão do que seja um organismo vivo, especialmente o que concebemos como humano, que norteará nossa visão deste binômio e os modos de que nos utilizaremos com o intuito de “repará-lo” ou “acolhê-lo”. Portanto, é necessário focalizar um modelo profilático em que, a partir de uma atuação primária, secundária ou terciária, possamos proteger e proporcionar a saúde coletiva.

Em busca de um verdadeiro encontro interdisciplinar sobre prevenção, tratamento e cura, no ambiente hospitalar, descobrimos, em maio de 1995, o Projeto Saúde e Brincar do Instituto Fernandes Figueira (IFF) / Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), projeto voltado para a profilaxia dos distúrbios psíquicos ligados ao fenômeno da hospitalização na infância e adolescência. Em decorrência das premissas desse programa convergirem com os princípios fundamentais da psicomotricidade (especialmente de abordagem relacional) pudemos participar com a formulação de uma intervenção psicomotora destinada às crianças de 0 à 24 meses e enriquecer e aprofundar nossos questionamentos sobre as necessidades primordiais do bebê internado, tendo o desejo de gerar, neste campo, uma proposta de estudo.

Apontando para a complexidade e a transdisciplinaridade, Morin (1989) demonstra que para captar o “jogo do universo” precisamos olhá-lo a partir do “tetragrama: ordem / desordem / interações / organização” e não reduzi-lo a causas e efeitos lineares e estanques. Nosso estudo, a partir deste norte, propôs a compreensão das relações psicomotoras do bebê internado.

Visamos a subsidiar os profissionais que atendem nos hospitais a abarcar um pouco mais das necessidades imperiosas do lactente em suas comunicações com o mundo, buscando modificar a visão “mutiladora” e abrindo espaço à concepção integral e multifacetada do fenômeno Saúde / Doença; uma escuta para os “ruídos” que passam despercebidos, mas que conseguem, com sua força transformadora, favorecer a reorganização das percepções e ações de forma mais positiva.

2 - Um Recorte Possível poro o Estudo do Bebê Sujeito

A falta de uma abordagem profilática voltada para as necessidades integrais de crianças com idade inferior a dois anos (24 meses), internadas em enfermarias pediátricas, levanta, mais uma vez, a questão da identidade do bebê como uma indagação: sujeito ou objeto ?

A abordagem relacional em psicomotricidade, buscando sempre a compreensão da unidade e complexidade do humano através de suas manifestações não-verbais, talvez seja uma das formas de auxiliar a minorar os efeitos das intervenções inerentes à situação hospitalar, por si agressiva. O adjetivo Relacional foi acrescido à Psicomotricidade por André Lapierre e Bernard Aucouturier (1984) para acentuar a orientação de sua abordagem, que se baseia essencialmente na relação não-verbal espontânea e na análise do vivido simbólico e fantasmático inconsciente que esta relação pode revelar.

Uma intervenção profilática psicomotora, evocando o brincar e o tocar, expressões naturais do infante, aponta para a transdisciplinaridade –

uma prática na qual, além de conservar-se a especificidade - clínica de cada especialidade, a preocupação pelo sujeito que ali está em curso de se constituir, atravessa cada procedimento técnico, condicionando-o (Jerusalinsky, 1989, p. 8).

Todos os profissionais e pacientes envolvidos na rede da hospitalização são produtores e produtos das qualidades interacionais de cada membro do grupo. É preciso reconhecer estas co-autorias, que atravessam os encontros de ajuda e abrem novas perspectivas no processo de tratamento e cura: cabe aos profissionais a abertura para apreender essas manifestações e decodificá-las.

Na prática psicomotora, para verificar de modo abrangente e mais preciso as situações que ocorrem no quadro hospitalar com o bebê, realizamos o perfil psicomotor nos baseando na observação – que visa a analisar as analogias e discrepâncias em relação ao desenvolvimento harmônico – através da decodificação da linguagem corporal, psicotônica.

No campo dessas observações, pudemos reconhecer os níveis de comprometimento no desenvolvimento global das crianças vivendo a primeira experiência de hospitalização ou com his-

tória de internações anteriores e oferecer à equipe interdisciplinar dados de sua comunicação não-verbal, para interpretações de cada profissional a partir de sua ótica.

Tendo em vista essas considerações, o recorte do nosso estudo abordou as relações psicomotoras dos bebês internados nas enfermarias e UPG pediátricas do Instituto Fernandes Figueira com: o espaço hospitalar, familiares, staff e o processo de adoecer, através de uma leitura dos diálogos tônicos estabelecidos em suas diferentes comunicações.

Denominamos de Relações Psicomotoras as interações realizadas com o meio circundante, seus objetos e sujeitos. Para o bebê, uma comunicação de contato direto, que “pode resumir-se às diferentes combinações de cinco verbos: ‘Pedir’, ‘Dar’, ‘Receber’, ‘Pegar’ e ‘Recusar’” (Lapierre & Lapierre, 1982, p. 34) que são aspectos fundamentais da relação. Se forem monopolizados em seu proveito, por um dos parceiros, tais aspectos podem reduzir o outro ao estado de objeto.

3 - Razões para Ficar a Bebê:

O fenômeno da internação hospitalar vem sendo estudado e avaliado, com a conclusão de que pode gerar conseqüências como: ansiedade, distúrbios de sono e de alimentação, fobias, fantasias de culpa e punição, atraso psicomotor, além de dificuldades no retorno ao lar e seqüelas a longo prazo. A dor é uma constante gerando conseqüências comportamentais e fisiológicas (Guinsburg, 1994).

Em decorrência da hospitalização, a criança perde a oportunidade de continuar seus ensaios das habilidades de desenvolvimento recentemente adquiridas. A retenção ao leito, a ausência de estímulos e a manipulação inadequada e dolorosa levam o bebê a mergulhar cada vez mais no isolamento para esquivar-se das sensações desagradáveis, permanecendo o mais imóvel possível para evitar sentir medo. Aos poucos pode “amortecer” seu corpo e abandonar a realidade (Montagu, 1988).

Os quadros de apatia, ainda hoje, são os mais comuns, muitas vezes podendo evoluir para psicopatologias graves no futuro. Portanto, vemos a necessidade premente de uma intervenção nesta situação pouco explorada pela atenção psicofilática.

Estes transtornos se encontram descritos em várias classificações de diagnóstico, que se ocupam da saúde mental, como o DSM-IV e CID-10 e mais recentemente, na ZERO TO THREE/National Center for Infants, toddlers and Families (1994, p. 19), editada no Brasil em 1997, que estabelece eixos convergentes para as questões do desenvolvimento, “processos dinâmicos, tais como conceituações de padrões adaptativos baseados no relacionamento e desenvolvimento (isto é, nível de desenvolvimento emocional funcional)”.

Nela podemos encontrar o conceito de “perfil diagnóstico” que se atém à complexidade inerente às desarmonias no bebê ou na criança. Em seu quarto eixo, intitulado estressores psicossociais, nos demonstra o estresse da doença e da internação hospitalar na infância, revelando suas gradações, onde a criança perderia sua “confiança básica, proteção e conforto (...) ou seja, o ‘invólucro’ protetor, encorajador” (Idem, p. 19), que deveria constituir o seu ambiente de custódia imediata.

O impacto final de tais eventos depende, segundo os autores, de três fatores principais:

a gravidade do estressor (...); o nível de desenvolvimento da criança (...) e a disponibilidade e capacidade dos adultos no ambiente de custódia de servir como um amortecedor protetor e de ajudar a criança a entender e lidar com o estressor. (Ibid., p. 57)

A partir desta disponibilidade, na tentativa de minimizar o estresse, ressalta-se como via de acesso o brincar, canal por onde a unidade somatopsíquica realiza e manifesta a linguagem comum às crianças.

“O brincar espontâneo restabelece a harmonia da evolução psicomotora, evitando as estruturas patológicas da personalidade” (Lapierre & Lapierre, 1982: 34).

Segundo Danon e Hervé (1994), devemos oferecer a oportunidade ao bebê hospitalizado de se apropriar do que vive através do jogo, do suporte corporal e da palavra, permitindo que faça uma experiência sobre aquela na qual está aprisionado – onde se sinta sujeito e não objeto. Neste sentido, a intervenção psicomotora funcionaria como um envelope psíquico, lugar onde a criança pode se apropriar da experiência presente, dolorosa, através do modo que lhe é inerente – o jogo.

Com base nessas considerações, justificamos a realização do nosso estudo que procurou abrir um campo de possibilidades para o resgate das experiências psicomotoras, alteradas pela solução de continuidade provocada pela doença e hospitalização, tomando por referência a análise da intervenção profilática psicomotora, através do lúdico e do toque, como facilitadora da interação família-bebê-equipe.

4 - Nosso Campo de Estudo e os Bases e Estratégias da Nosso Olhar

Nossa pesquisa para a dissertação de mestrado em Ciências: Saúde da Criança, do Instituto Fernandes Figueira (IFF) – FIOCRUZ – M.S., teve como campo as enfermarias pediátricas do mesmo hospital. O estudo das *Relações Psicomotoras do Bebê Hospitalizado* foi realizado, no período de março a junho de 1997, com bebês (0 a 30 meses), sem patologia neurológica ou genética de base, internados no IFF, hospital de referência, com atividades de ensino, pesquisa e assistência, que recebe uma clientela de crianças crônica e gravemente adoecidas.

Compreender tais acontecimentos exige do interlocutor algo além da nomeação ou levantamento de fatores mensuráveis nos exames clínico-laboratoriais. É necessário evocar as nuances que desvelam, sutilmente, as ordenações ou desorganizações originais, buscas de negociação com o real.

Enfocando o adoecimento através da ótica positivista, reduzimos este rico processo a números e relações causais, indicadores apenas de uma das faces da delicada construção realizada pelo humano em suas percepções de seu próprio corpo e da fragilidade que lhe é inerente, perdendo de vista a sua complexidade.

Ao contrário disso, adotamos as idéias de Morin (1990) sobre a complexidade. Para o autor:

O desafio da complexidade faz-nos renunciar para sempre ao mito da elucidação total do universo, mas encoraja-nos a prosseguir a aventura do conhecimento que é diálogo com o universo (...) A complexidade faz apelo à estratégia. (pp. 149-150)

Assim, com base no pensamento de Morin (1989, 1990) e na abordagem de pesquisa qualitativa, preconizada por Minayo (1992, 1994), encontramos bases metodológicas para trabalhar nossas observações em prol da construção de uma

leitura, fundamental para a compreensão das atitudes frente ao bebê enfermo, valorizando a interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais em suas manifestações simbólicas.

Utilizamos a câmera de vídeo, a partir do conceito de “câmera participante” de Rouch (*apud* D’Avila Neto, 1994), que a integra à observação participante, no sentido de captar a linguagem do corpo, uma vez que o corpo é memória viva. Com base nesses princípios, realizamos gravações em vídeo das relações com o staff, familiar acompanhante, espaço hospitalar e das intervenções realizadas, incluindo imagens dos intervalos.

No decorrer da observação, utilizamos como técnica complementar a entrevista semi-estruturada, compreendida como uma modalidade que combina questões abertas e fechadas (Minayo, 1992). Através dessa técnica, recolhemos informações que nos permitiram perceber as leituras do familiar acompanhante e do staff sobre o bebê hospitalizado e suas vicissitudes.

Por tratar-se de uma pesquisa-ação, onde a constatação do quadro é seguida de uma intervenção e posterior avaliação de seus efeitos no quadro inicial, fomos impelidos a desenvolver estratégias no sentido de adequar os materiais e intervenções tradicionais da prática psicomotora à realidade hospitalar.

Nos defrontamos com alguns obstáculos quanto à disposição dos espaços e limites relativos à necessidade de permanência no leito e restrição de movimentos decorrente das necessidades clínicas, além da falta de espaços livres e a possibilidade de uma relação protegida de interrupções.

Optamos por transportar objetos até o box e, quando possível, apresentar um espaço diferenciado: tapete apropriado com brinquedos, ocupado pelos bebês internados que se apresentassem em condições.

As aproximações do bebê e de seu familiar acompanhante aconteciam sob forma de ronda, que, a partir das condições clínicas apresentadas no período de duas horas (14 às 16 horas) por duas vezes na semana, eram recebidos pelo olhar psicomotor através de intervenções adaptadas às necessidades do familiar e do bebê adoecido.

Os objetos utilizados sempre objetivaram esta harmonização, sendo de cores fortes, textura agradável e tamanhos apropriados à livre manipulação pelos bebês. As escolhas eram sempre deixadas para a criança, que, mesmo em suas limitações, elegia aquilo que realmente lhe era importante ou mais atraente. Tais objetos consistiam de: pequenos chocalhos, mordedores plásticos, pequenas bolas coloridas, caixas e partes de jogos de encaixe, fraldas e lençóis, chupeta, pequenos rolos de tecido, cubos, argolas, fios, dentre outros.

Quando o responsável estava presente, era estimulado a retomar o brincar natural com seu bebê, sendo facilitado pela oferta de objetos lúdicos e a tranquilização quanto aos riscos na mobilização da criança em seu leito ou fora dele. Procurávamos também esvaziar a angústia da permanência no hospital através de uma escuta atenta para seus discursos verbais e não-verbais de dor e apreensão.

O diálogo com a equipe da enfermagem, ressaltando alguns pontos do discurso do bebê e também as intervenções realizadas durante a presença desta, favoreceram a "intoxicação" positiva, ou seja, a reprodução de condutas observadas durante o horário do projeto, no cotidiano, pelas enfermeiras, médicos e pais.

Assim, percorremos, em geral, a seguinte trajetória: (a) observação e filmagem para diagnosticar o quadro das relações psicomotoras; (b) observação e filmagem da intervenção profilática; (c) observação e filmagem dos intervalos das intervenções; (d) análise das imagens e dos registros de campo. Ao longo dessa trajetória, utilizamos entrevistas para complementar nossas informações.

5 - Sobre o Técnica de Análise

Em termos de referenciais teórico-metodológicos da análise, partimos de princípios da Semiótica, definida, segundo Darrault (1986, p. 98) como:

um projeto científico [...] que visa à descrição, à análise dos sistemas de significação, quaisquer que sejam, isto é, mais precisamente, qualquer que seja sua "linguagem" de manifestação...

Para a desconstrução semiótica das imagens, identificamos inicialmente os acontecimentos presentes nas gravações em vídeo dos 03 bebês

com hospitalização superior a 30 dias, e também dos 09 observados por tempo inferior a este. Estes acontecimentos correspondiam a: permanência no leito; exames e condutas clínicas; alimentação; interação com o observador participante; presença dos familiares e interação no espaço lúdico.

Na análise desses acontecimentos, levamos em conta os seguintes aspectos já consagrados no campo de diagnóstico psicomotor: tônus (global e em relação); posturas (capacidade e utilização); olhar (contato e exploração do meio); movimentação espontânea (motilidade e mobilidade); comunicação (com o acompanhante, com o staff, com o observador e com o facilitador) e objetos/espacos (uso e relação). Após a análise semiótica propriamente dita, procuramos fazer uma interpretação dos "núcleos de sentido", à luz das teorias que embasam o nosso estudo: Psicomotricidade Relacional, Semiótica, Psicanálise e Pensamento Complexo.

A título de síntese, a trajetória de nossa análise percorreu os seguintes passos: (1) leitura flutuante das gravações em vídeo; (2) identificação dos acontecimentos presentes no material; (3) desconstrução dos acontecimentos a partir de aspectos do perfil psicomotor; (4) identificação dos núcleos de sentido ou temas; (5) articulação dos núcleos identificados com os outros registros utilizados; (6) articulação entre os dois planos de análise (material sobre os 03 bebês x material sobre as 09 crianças restantes), tendo como base os temas encontrados; (7) interpretação final a partir do diálogo entre o corpus analisado e a unidade de contexto.

6 - Algumas conclusões:

Ao encerrarmos o estudo das relações psicomotoras do bebê hospitalizado, foi possível revisar os passos da trajetória e perceber o quanto deste caminho ainda está por ser percorrido.

Observar uma realidade tão heterogênea e multifacetada quanto o adoecer no humano, promove uma intensa reavaliação dos valores a respeito da fragilidade e finitude a que estamos submetidos.

Ao iniciarmos o percurso, estabelecemos como objetivos: (a) avaliar a capacidade psicoprofilática da intervenção psicomotora no âmbi-

to da enfermagem pediátrica; (b) identificar os transtornos psicomotores em bebês com história de internações e (c) estabelecer relações entre os sintomas psicomotores mais usuais, neste contexto, e seu manejo clínico. Sempre tendo como sentido primeiro a prevenção, através do brincar e do toque, dos transtornos psicomotores decorrentes da hospitalização, ou que se revelassem neste contexto, já que partimos do princípio de que a situação hospitalar é de risco para a saúde “corpo-mental” da criança de 0 à 30 meses.

Nossas buscas teóricas convergiram para algumas pesquisas e textos cujos autores se implicam na revisão do desenvolvimento da criança na fase de 0 a 30 meses, com o movimento da psiquiatria do bebê. Tais pesquisadores vêm corroborar tanto os postulados teóricos da psicomotricidade de abordagem relacional, como com as constatações da pesquisa de campo, e colorir as bases sólidas reveladas pelas imagens colhidas.

Em relação ao primeiro objetivo, as estratégias de facilitação utilizadas, mostraram-se eficazes no sentido de minorar os transtornos e restabelecer a continuidade imprescindível ao bebê, que sai da situação mortificante de “reagir” e passa a existir. Contudo, tais condutas não puderam ser aplicadas em toda sua diversidade e abrangência. O envelopamento³ não é visto como conduta clínica. A equipe multidisciplinar interage de forma ainda insuficiente e temos que incluir em nossa leitura as defasagens ocasionadas pelas políticas públicas em saúde, que não contemplam adequadamente as demandas de assistência, sobrecarregando alguns profissionais e deixando de desenvolver a articulação interdisciplinar.

Não possuímos em nossa formação o aprendizado da interação disciplinar, mas sim a hiperespecialização vista como condição da revelação dos fatos. Como convida Morin (1989), é um desafio em direção à complexidade. Reatar os liames, afrouxar divisas, aceitar a necessidade de uma reciclagem em nossa forma de pensar.

É necessário colocar palavras sobre essa experiência de desafio, onde nos implicamos como sujeitos e profissionais e onde, em conjunto, a equipe possa exercitar a proposta interdisciplinar, quem sabe, alcançando a transdisciplinaridade. É preciso abrir espaços de “reflexão através do ato”, são necessários momentos de troca

através do lúdico e do toque, voltados para os profissionais que lidam diretamente com o bebê e sua família – ouvimos várias manifestações da enfermagem pedindo um “brincar” para a equipe. A partir da retomada da capacidade de se deixar transformar, brincar, vincular-se ao outro e ao grupo, a percepção das disciplinas como sendo estanques cai por terra, e surge uma nova disponibilidade para a tarefa de “nursing” adequada à homeostase das relações bebê - familiar - equipe.

No que se refere ao segundo objetivo, observamos que os transtornos psicomotores mais frequentes no bebê manifestam-se de forma global, envolvendo muitas funções, assim como nos descreve Bergès (1985). Tais fenômenos podem envolver desde descargas orais de tensão, de exploração ou auto-ofensivas, passando pelas ritmias e balanceios, até as instabilidades e a crise tônico-emocional seguida de apatia psicomotora.

A descrição e análise dos casos de: Marcos, de treze meses, diagnosticado com desnutrição e desidratação e permanecendo durante três meses na instituição; Cláudio, com seis meses, hospitalizado durante quatro meses, com diagnóstico de mucoviscidose e Tânia, com dois meses, internada quarenta e oito dias com diagnóstico de acidose orgânica apresentam um panorama da auto-eco-organização, seus facilitadores e obstáculos.

No caso de Marcos, percebemos que a qualidade das relações psicomotoras estabelecidas com ele pelo ambiente hospitalar se deram de forma especialmente harmônica, devido à sua situação extremamente carencial, inclusive desacompanhado em sua internação. Obteve um *holding*⁴ com intensidade superior a outros bebês observados e respondeu com um salto qualitativo em seu desenvolvimento, que passou de uma performance de um bebê de 3 meses a um comportamento mais próximo de sua faixa cronológica – entre 7 e 10 meses.

Cláudio, acompanhado da mãe todo o tempo, nos mostrou, em seu agravamento e ida para a unidade de pacientes graves (UPG), o lugar do toque nas intervenções profiláticas psicomotoras.

Usando o toque “sensório-tônico-motor” (Vaivre-Douret, 1997), buscamos substituir “o corpo de dor por um corpo de prazer” quando seus movimentos eram contidos e seu corpo ficava dolorido pelas condutas.

Em resposta, o relaxamento e apaziguamento.

Quando retorna à enfermaria, sua mãe o espera com carinho e brinca com ele, entregando-lhe objetos e brinquedos e preenchendo seu leito com rolinhos de fraldas e lençóis.

A cada re-internação, o bom humor de sempre, brincando e com força para enfrentar os percalços.

Tânia, o mais novo dos bebês e com a problemática mais dolorosa – a pele de todo o corpo recoberta de lesões.

Até para a mãe e avó, presenças constantes, era difícil abrandar seu intenso sofrimento. Reconhecemos, com ela, a fundamental importância do apoio à família, para que possa acompanhar seu bebê em quadros, por vezes, trágicos.

Também nos reforçou a certeza de que a preparação do bebê para uma punção ou conduta dolorosa (Als, 1993), através da colocação em decúbito lateral (de lado, em posição semifetal) e com sucção não nutritiva (chupeta ou similar) permite que o desgaste do bebê, família e equipe seja mínimo, possibilitando que as condutas sejam realizadas rapidamente.

Aprendemos com eles e com todos os outros bebês que estabelecemos contatos, assim como com suas famílias, que cada encontro com um indivíduo exige um olhar/escuta que abrigue esse outro e lhe dê um lugar, especialmente se esse encontro se dá a partir de uma circunstância de adoecimento e institucionalização.

Por último, quanto ao terceiro objetivo, destacamos que o brincar e o toque, temas centrais em nossas intervenções, vêm sendo retomados por muitos autores, especialmente no que se refere à clínica de bebês e crianças autistas e psíquicas. O brincar, “representações analógicas que compõem um sistema de signos capaz de gerar efeitos de significado ...”, uma linguagem não-verbal caracterizada por imagens, gestos e ações (Santa Roza, 1993, p. 58) em conjunção com o toque – conexão de “dois mundos banhados numa relação maternal e cultural diferente” (Sudres, Fourasté & Moron, 1996, p. 573) promove uma comunicação mais fluida entre os parceiros do encontro.

Essa reflexão visa propor o “envelope hospitalar” (Cresti & Lapi, 1997), tarefa da instituição no acolhimento da família que chega, valo-

rizando os gestos e manifestações do bebê como um discurso, revitalizando a figura do pai como co-participante no equilíbrio somatopsíquico do bebê internado. Essa forma de atenção/escuta assemelha-se ao de um grande invólucro, onde o bebê e sua família podem se alojar, protegidos das terríveis ameaças de despedaçamento.

O material analisado demonstra que o envelope hospitalar é possível, porém teremos que transmutar algumas situações internas e externas na direção da “eficácia simbólica” como relata Lévi-Strauss (1985) – quando nos remete à ação dos médicos primitivos, feiticeiros, que, simbolizando a atividade e o extravasamento, criam uma polaridade asseguradora da passagem da doença à cura, ou seja, significam para o doente, através de seu “vocabulário” peculiar o sentido dessa cura, que ultrapassa o viés orgânico e se funde com sua representação social e emocional através das crenças e costumes.

Com a proposta psicoprofilática em ação, através das estratégias psicomotoras, os bebês, apesar de seus quadros clínicos, readquiriam ou passavam a exercer sua subjetividade, resgatando prazer nas relações e retribuindo com gestos e sorrisos aos seus interlocutores. A partir desse campo de possibilidades, funda-se um lugar onde a espontaneidade do gesto pode ressurgir, resgatando as trocas e as possibilidades de transformação tônico-emocional recíproca, tão necessárias à espiral do desenvolvimento.

Assim, constatamos que houve benefícios da psicoprofilaxia psicomotora na tarefa do envelope hospitalar, tendo como certa a necessidade de novas incursões ao campo das relações psicomotoras do bebê hospitalizado, tão rico e ainda em suas descobertas iniciais.

Percebemos que as leituras dos discursos não-verbais, assim como os veículos de comunicação do brincar e do tocar, favorecem a articulação transdisciplinar, permitindo que a equipe se beneficie desta interação em suas ações clínicas, assim como o sujeito se perceba acolhido em sua multidimensionalidade.

Em decorrência destas sínteses, implantamos, a partir de agosto de 1998, em parceria com a Faculdade de Educação da UERJ, o Projeto de Extensão Brincar é Viver, que reproduziu a experiência do campo de pesquisa, nas enfermarias pediátricas do Hospital Universitário Pedro Ernesto com bebês, crianças e adolescentes.

No ano seguinte fomos convidados pelo INCA à implementar o projeto na brinquedoteca da enfermaria pediátrica e, dois anos depois, em 2001, demos início às atividades no HEMORIO, transformando-nos na mesma ocasião em uma ONG, a Sociedade Brincar é Viver, com a meta de ampliar nossa capacidade de multiplicação destes trabalhos, visando a contribuir para a construção de um olhar/escuta transdisciplinar, em que a pessoa hospitalizada seja vista como “singularidade complexa” em seu processo de adoecimento e cura.

Notas

¹ Artigo síntese da dissertação de Mestrado em Saúde da Criança – Abril de 1998 – IFF / FIOCRUZ · M.S. que originou o Projeto de Extensão Brincar é Viver – EDU / UERJ.

² Unidade de Pacientes Graves – Nomenclatura utilizada para denominar a unidade de tratamento intensivo, no Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ · M.S. – RJ.

³ Forma de atenção/escuta que se assemelha a um grande invólucro, que protege e acolhe.

⁴ Essa sustentação ou *holding* se refere ao segurar físico do bebê, mas também à “provisão ambiental total anterior ao conceito de *viver com*” (Winnicott, D. W., 1960 *apud* Davis, M. & Wallbridge, D., 1982:113) se compondo de todos os cuidados e interações com ele.

Referências Bibliográficas:

- ALS, Heidelise. Guidelines and suggestions for developmental care educators, NIDCAP trainers, and NIDCAP center directors. (pp.2-13). (Available from Heidelise Als, Ph.D., Harvard Medical School Children's Hospital), 1993.
- BERGÈS, Jean. Le trouble psychomoteurs chez l'enfant. *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent vol. II*. Paris: Press Universitaires de France, 1985.
- CAPRA, Fritjof. *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CRESTI, L. & LAPI, I. O Esboço da Relação Mãe/Bebê e a Instituição Hospitalar: Díade ou Tríade? IN: *Os laços do encantamento: a observação de bebês segundo Esther Bick, e suas aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- D'AVILA NETO, M. As representações do corpo feminino na sociedade brasileira contemporânea. *Psicologia & Práticas Sociais 2* (1): (pp. 91-98). Rio de Janeiro: UERJ, 1994/1995.
- DANON, G. & HERVÉ, M. Travail de séparation et hospitalisation pédiatrique. Groupe Bébé: lieu de rencontre et séparation. *Rev. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 42:(pp. 633-636). Paris: Expansion Scientifique Française, 1994.
- DARRAULT, Ivan. A análise semiótica da prática psicomotora. IN: AUCOUTURIER, Bernard, DARRAULT, Ivan & EMPINET, Jean-Louis. *A Prática Psicomotora: reeducação e terapia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- DAVIS, Madeleine & WALLBRIDGE, Davis. *Limite e Espaço: uma introdução à obra de D.W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 1982.
- GUINSBURG, R. Dor física e dor psíquica – reflexões. *Psicologia em Pediatria · Pediatria Moderna XXX* (3):(pp. 440-443). São Paulo: Moreira Jr, 1994.
- JERUSALINSKY, Alfredo (Org.). *Psicanálise e desenvolvimento infantil – Um enfoque transdisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- LAPIERRE, André & LAPIERRE, Anne. *El adulto frente al niño de 0 a 3 años*. Barcelona: Editorial Científico · médica, 1982.
- LAPIERRE, André. & AUCOUTURIER, Bernard. *Fantasmas corporais e prática psicomotora*. São Paulo: Manole, 1984.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. O Feiriceiro e sua Magia e A Eficácia Simbólica IN: *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985.
- MINAYO, Maria Cecília. (org.); DESLANDES, S.; CRUZ NETO, O. & GOMES, R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MINAYO, Maria Cecília. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Huicitec·Abrasco, 1992.
- MONTAGU, A. *Tocar – O significado humano da pele*. São Paulo: Summus, 1988.
- MORIN, Edgar. *Ciência com Consciência*. Portugal: Europa-América, 1990.
- MORIN, Edgar. Novas Fronteiras da Ciência. IN: *Idéias Contemporâneas – Entrevistas do Le Monde*. São Paulo: Ática, 1989.
- NATIONAL CENTER FOR CLINICAL INFANT PROGRAM Classificação diagnóstica de Saúde Mental e Transtornos do Desenvolvimento do Bebê e da Criança Pequena. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- PIONTELLI, Alessandra. *De feto à criança – um estudo observacional e psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- SANTA ROZA SAGGESE, Eliza. *Projeto Brincar II - A atividade lúdica nas enfermarias de pediatria geral do Instituto Fernandes Figueira*. Rio de Janeiro: mimeo, 1995.
- SANTA ROZA, Eliza. *Quando brincar é dizer: a experiência psicanalítica na infância*. Rio de Janeiro: Rclume Dumará, 1993.
- STERN, Daniel. *O mundo interpessoal do bebê: uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- SUDRES, J.L.; FOURASTÉ, R. & MORON, P. Toucher au “pas toucher du corps”! Us, abus, méus et singularités du toucher en pédopsychiatrie. *Rev. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 44:(pp. 570-576). Paris: Expansion Scientifique Française, 1996.
- VAIVRET-DOURET, L. & WOOD, C. Prise en charge en psychomotricité d'un nouveau-né (trachéotomisé) et des ses parents en unité pédiatrique de soins intensifs. *Rev. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 45: (pp. 209-216). Paris: Expansion Scientifique Française, 1997.

Abstract

The inexistence of a prophylactic approach for hospitalized children under two raises, once more, the question of the infant: Subject or Object?

This study focused the analysis of psychomotor relationships of infants between 0 and 24 months hospitalized in the pediatric wards and UPG of the Instituto Fernandes Figueira (IFF) between March and June 1997, who did not suffer from basic neurological or genetic pathologies, aiming to prevent the most common psychomotor disturbances and their clinical handling, through play and touch.

Using a qualitative methodology, data was captured videotaping the emotional-tonic relationship with the hospital environment, relatives, staff and the process of getting ill. The analysis was carried out according to the Relational Psychomotricity, Semiotic, Psychoanalysis and Complexity theories.

With the Psychomotor Prophylactic interactions performed during the field research stage of the Health and Play (IFF) project, a significant change towards the reinstatement of the spiral development of infants could be noticed, together with a reduction of psychomotor disturbances and the harmonization of the intra-hospital relationships in many areas.

The results identify a critical need to review the necessities of hospitalized infants, their environment and relationships, leading to a reflection on the understanding of their non-verbal communication as information that may help adapt the clinical behavior to the rhythm and psychosomatic balance of infants and to the family homeostasis.

Keywords: Psychomotricity, Infance, Hospitalization, Humanization

