

RESUMO

RECÉM-NASCIDOS DE ALTO RISCO PARA PROBLEMAS NO DESENVOLVIMENTO NEURO-PSICO-MOTOR: UM ESTUDO SOBRE A INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA RECEBIDA APÓS ALTA HOSPITALAR

Daniela Lobo D'ávila¹
Andréa Tonini²

O trabalho de estimulação essencial é importante a qualquer criança, com ou sem atraso no seu desenvolvimento, contudo, ganha maior significado quando se trata de crianças com algum atraso no seu desenvolvimento neuro-psico-motor (DNPM), auxiliando-as a suprir as dificuldades existentes, incentivando suas potencialidades e facilitando o processo de melhoria das áreas que estão em desenvolvimento e/ou temporariamente inibidas.

Este artigo retrata a investigação do acompanhamento especializado recebido nos três primeiros anos de vida, por um grupo de recém-nascidos de alto risco (RNAR) para problemas no DNPM, que foram atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no período de 1996 a 2003. Utilizou-se como critério para a seleção desse grupo, a necessidade de internação na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) do HUSM e o marcador clínico para predição de danos neurológicos de longo prazo, o índice de Apgar, inferior à 7 no 1º, 5º, e 10º minuto.

Palavras-chaves: recém-nascidos de alto risco, desenvolvimento neuro-psico-motor, estimulação essencial.

¹ Autora – Curso de Especialização em Educação Especial - UFSM

² Orientadora – Departamento de Educação Especial / CE - UFSM

ABSTRACT

HIGH-RISK NEWBORNS FOR NEUROLOGICAL AND PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT PROBLEMS: A STUDY BASED ON SPECIALIZED INTERVENTION RECEIVED AFTER HOSPITAL DISCHARGE

Daniela Lobo D'ávila
Andréa Tonini

The essential stimulation work is important to any child, with or without development delay, however, it gets more significance when is about children with some delay in theirs neurological and psychomotor development (NPD), helping them to deal with the existent difficulties, stimulating theirs potencialities and providing the improvement process of the areas that are in development and/or temporarily inhibited. This article retract the specialized attendance investigation received in the first three years of life, by a group of high-risk newborns for neurological and psychomotor development problems (NPMP) during first three years old, whose needed of Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of University Hospital of Santa Maria (UHSM), from 1996 to 2003. For the purpose of the study the newborns were selected by the follow criterion: need of NICU admission which clinical marker for long-term neurological damage was an Apgar score < 7 at first, fifth and tenth minute.

Key-words: High-risk newborns; neurological and psychomotor development problems; essential stimulation.

1. O RNAR para problemas no DNPM e a estimulação essencial.

A estimulação essencial é também conhecida por estimulação precoce, intervenção precoce, intervenção essencial, estimulação psicomotora precoce, entre outras. Contudo, optou-se pelo termo estimulação essencial na tentativa de designar, com clareza, o significado dessa intervenção. Regen (apud DIAMENT 1998, p.1306) expõe essa terminologia como uma “postura de relacionamento com a criança que consiste em adequar e utilizar estímulos na inter-relação da criança com seu meio ambiente visando ao desenvolvimento de suas potencialidades”. Caracterizando-se por oferecer à criança, desde o seu nascimento, certas experiências ou atividades que intensificam seu desenvolvimento, particularmente suas capacidades, suas habilidades, suas energias, isto é, suas potencialidades.

Bem mais do que os cuidados com higiene e alimentação, o bebê exige que estejam incluídas, no seu cotidiano, relações humanas de base afetivo-social, que lhe proporcionem estímulo para um desenvolvimento saudável da sua vida emocional e intelectual.

Sobre isso Levy (2001. p.12) nos dá a seguinte contribuição:

(...) não basta amar e alimentar uma criança (...). É preciso compreender e saber que atividades motoras concorrem para o desenvolvimento do cérebro e são indispensáveis à organização do sistema nervoso. A ausência de estímulos acarreta a perda definitiva de funções inatas.

A estimulação é importante a qualquer criança, com ou sem atraso no seu desenvolvimento global, pois o desenvolvimento fica impedido de ocorrer na falta de situações propícias ao aprendizado, impossibilitando o despertar de processos internos de desenvolvimento. A esse respeito, Vygotsky (1984, p.99) afirma que “o aprendizado pressupõe uma natureza social específica e um processo através do qual as crianças penetram na vida intelectual daqueles que a cercam”. Portanto, para que a criança construa novas etapas evolutivas, precisa ser incentivada a interagir com o meio, já que seu desenvolvimento depende dos aspectos maturacional, biológico e, principalmente, social. É a partir do contato com o meio ambiente e com os

outros sujeitos que a criança vai interiorizando informações, habilidades, atitudes e valores da sua cultura.

O processo de intervenção deve começar quando se detecta algum sinal que possa intervir no desenvolvimento das funções sensoriais, motora, intelectual, emocional e das relações delas entre si. O conhecimento do desenvolvimento normal, tanto do aspecto quantitativo como qualitativo, é fundamental para que se possa perceber seus desvios.

Segundo Sehna e Palmieri (1989), recém-nascidos de alto risco são crianças que sofreram complicações no período pré e/ou perinatal e que, em decorrência de tais complicações, podem vir a apresentar déficit ou atrasos no desenvolvimento neuro-psico-motor (DNPM).

Para a seleção de recém-nascidos com maior risco de apresentar distúrbios de desenvolvimento, podem ser utilizados vários protocolos como critérios de risco, inventário de risco perinatal, métodos de avaliação neonatal diversos (de Dubowitz, 1981, e de Amiel-Tison, 1968, entre outros.), de acordo com os interesses e características de cada instituição ou serviço hospitalar.

O Comitê de Follow-up do Recém-Nascido de Alto Risco da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (apud BARBOSA, 1993), sugere o acompanhamento de RN que incluem: asfixia perinatal (Apgar ≤ 4 no 5º minuto; Clínica ou alteração laboratorial compatível com Síndrome hipóxico-iscêmica; Parada cardio-respiratória documentada, com necessidade de reanimação e medicação; Apnéias repetidas), prematuro (com peso de nascimento ou $\leq 1.500\text{g}$ ou idade gestacional ≤ 33 semanas), problemas neurológicos (Clínica neurológica: alterações tônicas, irritabilidade, choro persistente, abalos; Convulsão, equivalentes convulsivos ou uso de drogas anticonvulsivantes; Hemorragia intra-cerebral (documentada por USTF); Meningite neonatal), pequeno para idade gestacional (peso abaixo de 2 desvios padrão da média), hiperbilirrubinemia (com níveis para exsanguineotransfusão), Policitemia Sintomática, Hipoglicemia Sintomática, uso de ventilação mecânica ou O_2 com concentrações $> 40\%$, infecções congênitas e malformações congênitas, síndromes genéticas.

O recém-nascido de risco possui maiores possibilidades de desenvolver uma disfunção cerebral. Segundo Denhoff (apud BARBOSA, 1990, p. 83):

disfunção cerebral resulta de uma agressão ao Sistema Nervoso Central (SNC), em fase de desenvolvimento, com característica não progressiva, comprometendo o processo de maturação do mesmo. Se a lesão ocorre em área motora, teremos a disfunção neuromotora, termo que poderia substituir o de paralisia cerebral. A disfunção também pode ser de ordem sensorial e/ou perceptiva, levando a uma alteração no desenvolvimento das funções visual e/ou auditiva.

Essas são situações, dentre outras, que podem associar-se e/ou se refletir no desenvolvimento das funções intelectuais, na organização do pensamento, no processo de aprendizagem e nas relações interpessoais.

Esses aspectos variam de acordo com as associações e com a intensidade de agressão causada no SNC, bem como da forma que essa criança vem sendo atendida e estimulada em suas funções globais.

Para Barbosa (1990), a alteração ou o impedimento da maturação do SNC pode repercutir de várias formas na criança, tais como: impossibilidade de adquirir algumas funções, ausência da atividade reflexa primitiva, principalmente orofacial, permanência ou exagero da atividade reflexa tônico-postural e alteração do tônus muscular, levando, conseqüentemente, a uma desarmonia no desenvolvimento integrado das diversas funções.

Logo, a estimulação em tempo hábil possibilita resultados significativos e amplos, principalmente no primeiro ano de vida, por essa etapa constituir-se de maior plasticidade do SNC, favorecendo mecanismos de repercussão funcional deste sistema e evitando, conseqüentemente, que problemas secundários se desenvolvam.

Para Moraes e Gallarreta (2000), as intercorrências pré e/ou perinatais que podem acarretar complicações posteriores no DNPM da criança, pode-se citar a privação de oxigênio ou asfixia fetal, como uma das entidades clínicas que preocupam todos os profissionais envolvidos no atendimento das gestantes, recém-nascidos e futuras crianças com necessidades especiais. Os primeiros, os obstetras, por saberem da necessidade de detectar e prevenir o nascimento de um recém-nascido hipóxico. Os neonatologistas, por receberem esses neonatos em condições adversas e saberem que deverão estar aptos para intervenções de ordem curativa e preventiva para os problemas futuros. Finalmente, os profissionais que cuidarão dessas crianças, como neuropediatras, psicólogos, pedagogos, educadores especiais, fisioterapeutas,

fonoaudiólogos, entre outros, que receberão as mesmas com os problemas acentuados.

O trabalho de estimulação deve, idealmente, envolver profissionais da área da educação e da saúde, objetivando desenvolver as áreas psicomotoras, cognitivas e sócio-afetivas da criança, visando à integração social da mesma, atuando de forma integrada, não competitiva, somando conhecimentos desde o diagnóstico funcional até a proposta terapêutico-educacional. A orientação da família é primordial, para que a mesma possa lidar da forma mais adequada possível com as dificuldades e necessidades de seu filho, estimulando seu potencial e permitindo seu crescimento.

2. Caracterizando os sujeitos da pesquisa

Para a definição de recém-nascidos de alto risco que poderão apresentar problemas no seu desenvolvimento neuro-psico-motor, considerou-se a necessidade de internação na Unidade de Tratamento Intensivo da Neonatal (UTIN), cujos neonatos apresentassem índice de Apgar, inferior a 7 no 1º, 5º e 10º minuto, o que possibilitou a qualidade da coleta dos dados, sem a interferência de outras variáveis.

A coleta das informações a partir dos dados registrados eletronicamente, foi realizada no primeiro semestre de 2005, a qual possibilitou a identificação de 2.469 recém-nascidos internados na UTIN do HUSM, no período de janeiro de 1996 a dezembro de 2003. Quarenta e dois recém-nascidos apresentaram um índice de Apgar de 1º e 5º minuto inferior a 7. Desses, 21 RN continuaram com um índice de Apgar abaixo de 7 no 10º minuto.

Dos 21 RNAR encontrados no arquivo, em 4 casos os dados se mostraram inconsistentes e foram excluídos, restando assim, 17 recém-nascidos a serem pesquisados.

Após obter dos dados de cada família, realizou-se uma entrevista estruturada com as mães das crianças, visando o conhecimento sobre o atendimento recebido após alta hospitalar; desenvolvimento global de seus filhos e filhas, bem como sobre os atendimentos especializados que freqüentaram nos primeiros 3 anos de vida.

Os casos selecionados são procedentes das cidades de: Santa Maria, São Sepé, Pinhal Grande, Cerro Branco e São Martinho. Em dois casos, não foi possível encontrar os prontuários, onde constavam os endereços. Por razões abaixo expostas, não se conseguiu localizar 5 famílias. Das cidades citadas, foram entrevistadas 8 famílias de Santa Maria e 2 de São Sepé, totalizando os 10 casos finalmente estudados.

Conforme descrito originalmente por Apgar (1953), o índice de Apgar consta de um exame subjetivo do recém-nascido (RN), com base em critérios clínicos, tais como pulso (frequência cardíaca), respiração, atividade e tônus muscular, reflexo de irritabilidade e aparência (coloração da pele). Um índice entre 7 e 10 identifica um RN vigoroso, entre 4 e 6, um RN com depressão moderada, e entre 0 e 3, depressão grave.

A maioria dos RN na população geral estudada do HUSM (aproximadamente 93%), apresenta um Apgar ≥ 7 no 1º minuto. Segundo Morais et al (2003b), dos 7% restantes, apenas 1% permanece deprimido no 5º minuto. Isso significa que raramente é necessário analisar o Apgar de 10º minuto. Se o RN assim permanecer nesse estado, a probabilidade de lesão neurológica aumenta substancialmente. Quanto menor o Apgar do RN no 5º e 10º minutos, tanto maior a chance de futura lesão neurológica e conseqüentemente, distúrbios no DNPM.

O Apgar de 1º minuto reflete geralmente condições fetais intraparto, ou seja, um RN deprimido logo ao nascer pode se recuperar totalmente no quinto minuto (Apgar ≥ 7). Como referido por Goldaber et al (1991) e Goodwin et al (1992), a grande maioria dos RN apresenta Apgar ≥ 7 no primeiro minuto (acima de 90%), e quando deprimidos no primeiro minuto, não mais que 1% a 2% assim permanecem no 5º minuto.

Raramente podem continuar deprimidos após 10 minutos de vida. Quando essa condição está presente, a probabilidade de atraso no DNPM futuro aumenta significativamente. Do material do presente estudo, 2.469 internados na UTI do HUSM, foram identificados apenas 17 casos com Apgar < 7 no 10º minuto, ou seja 0,68% dos casos de UTIN, que geralmente perfazem não mais do que 10 a 12% de todos os nascimentos. Em todo o período estudado, 1996 a 2003, 17 casos apresentaram Apgar < 7 no décimo minuto. Entre 2000 e 2003 (dados de arquivo), ocorreram no HUSM 4.213

nascimentos, sendo que dentre esses, apenas 4 casos apresentaram Apgar <7 no 10º minuto, ou seja, apenas 0,09% ou 0,9 por 1.000 nascimentos (menor de 1% dos nascimento). Daí se depreender da importância do estudo dessas crianças nascidas nessas condições.

O acompanhamento dessas crianças é fundamental para que se possam detectar distúrbios no desenvolvimento global, assim como evitar o surgimento de problemas secundários aos problemas primários, uma vez que passaram por condições adversas no princípio de suas vidas, tornando-as mais vulneráveis a distúrbios no seu desenvolvimento.

Logo, conhecer esse público e engajar esforços para a criação de um ambiente de participação ativa dos pais, juntamente com profissionais especializados é o que possibilitará a busca constante de alternativas que propiciem às crianças melhor qualidade de vida no meio ainda excludente em que vivem. Pois, a criança que é estimulada torna-se mais ativa, receptível a regras, reage melhor às tarefas propostas e é, principalmente, mais sociável, facilitando o ingresso dos programas de educação infantil do ensino regular.

Dos 10 RN estudados, constatou-se que 80% nasceram gravemente deprimidos no primeiro minuto de vida, permanecendo nessa situação no quinto minuto 60% dos RN. Já no 10º minuto, todos passam de deprimidos graves para deprimidos moderados naquele momento.

Ressalta-se também que 100% dos RN apresentaram alguma morbidade neonatal, como doença da membrana hialina, infecção neonatal, síndrome de aspiração de mecônio, malformação congênita, pneumonia, anoxia, persistência do canal arterial, displasia broncopulmonar e sepse. Embora nem toda a morbidade apresentada resultasse da depressão neonatal, por exemplo, a doença da membrana hialina e resultante da prematuridade. Já 7 RN (70%) apresentaram diagnóstico de UTIN como sendo de anoxia neonatal. Esse é um número significativo.

3. Investigando o encaminhamento e o atendimento especializado

Por meio das entrevistas realizadas com as mães verificou-se que quanto ao encaminhamento especializado recebido na alta hospitalar de seus filhos (as), apenas quatro mães relataram que receberam encaminhamento,

enquanto que as outras seis afirmaram ter saído do hospital sem nenhuma orientação.

Quando encaminhadas, as crianças foram para a área da saúde, como neurologia (duas crianças), fisioterapia (uma criança) e fisioterapia e fonoaudiologia (uma criança).

No que se refere ao atendimento especializado recebido após a alta hospitalar, ressalta-se que das quatro crianças que receberam encaminhamento, apenas uma freqüentou atendimento especializado nos três primeiros anos de vida, e na área de fisioterapia. Das seis mães que não receberam orientação, duas buscaram voluntariamente por atendimento especializado e ambos na área de fisioterapia.

Observa-se a justificativa da mãe do “Caso 15” no seu relato ao dizer que foi encaminhada à Fisioterapia, contudo, não freqüentou o atendimento, pois não possui condições financeiras (não tem a carteira de acesso gratuito ao ônibus por não saber como fazer e por não possuir documento de identidade), também pela dificuldade de levar a filha até o HUSM, pois tem que carregá-la no colo (não tem carrinho e necessita de ajuda para caminhar). Fato que pode ser observado nos Casos mencionados anteriormente.

No “Caso 01” a mãe relata que recebeu encaminhamento para a Fisioterapia e Fonoaudiologia, sendo que a criança freqüentou a fisioterapia (Tabela 6) duas vezes por semana, no HUSM, até os 2 anos de idade devido à dificuldade financeira para o transporte, bem como por causa da distância da sua casa até a Universidade. Justificando que fica muito difícil carregar a filha no colo, pois ela não caminha sozinha e não tem cadeira de rodas. Devido a isso, conseguiu transferência da Fisioterapia para a Escola Antônio Francisco Lisboa, a qual vai 2 vezes por semana. Não freqüentou a Fonoaudiologia por não ter conseguido vaga.

A mãe do “Caso 05” observa que recebeu encaminhamento apenas ao Neurologista. É conveniente ressaltar que este RN permaneceu 9 meses na UTIN (principalmente pela Displasia Bronco-pulmonar acometida). Logo, a mãe relata que não era possível “nenhum” tipo de atendimento especializado nesse momento. Comenta, ainda, que, após esse período, procurou voluntariamente pelo atendimento de Fisioterapia devido à dificuldade que a filha apresentava no seu desenvolvimento motor. Contudo, só conseguiu o atendimento quando

a filha já estava com 5 anos de idade (freqüentou durante um ano e reiniciou com 7 anos de idade). Justifica-se pela dificuldade financeira e de transporte, dizendo que só conseguiu o acesso gratuito ao mesmo este ano, também da dificuldade de locomoção, pois sua filha só começou a deambular este ano, necessitando ainda de auxílio.

Verifica-se com isso que das quatro crianças que receberam encaminhamento, apenas uma freqüentou atendimento especializado nos três primeiros anos de vida, e na área de fisioterapia. Das seis mães que não receberam orientação, duas buscaram voluntariamente por atendimento especializado e ambos na área de fisioterapia.

Das mães que buscaram por atendimento, ressalta-se a mãe do “Caso 06” ao relatar que seu filho iniciou o atendimento com 1 ano e 2 meses de idade (2 atendimentos por semana) e parou com 2 anos, iniciando novamente a fisioterapia este ano (1 atendimento por semana), segundo a mãe, procurou o atendimento devido à falta de equilíbrio, à necessidade de auxílio para subir e descer escadas, bem como para caminhar.

Todas as mães entrevistadas afirmaram desconhecer o trabalho oferecido por profissionais da Educação Especial, sendo que o termo “estimulação essencial” também se mostrou desconhecido.

Por meio das informações fornecidas pela mãe das crianças foi possível verificar quanto ao desenvolvimento psicomotor e de linguagem de seus filhos que um número significativo delas apresentou problemas de desenvolvimento motor para as idades referidas como padrão de normalidade, da mesma forma pra o desenvolvimento da linguagem;

Dos dez casos, sete apresentaram algum tipo de atraso no desenvolvimento neuro-psico-motor, sendo que apenas três não apresentaram até a presente data nenhum atraso.

Esse índice legitima e justifica a real importância de uma estimulação adequada nos primeiros anos de crianças de alto risco para problemas no DNPM.

Para ressaltar o desenvolvimento do sujeito com o mundo e do mundo para com o sujeito, Vygostsky (1984, p.33) expõe:

desde os primeiros dias do desenvolvimento da criança, suas atividades adquirem um significado próprio num sistema de comportamento social, sendo dirigidas a objetivos definidos, são refratadas através do prisma do ambiente da criança. O objeto até a criança e desta até o objeto passa através de outra pessoa. Essa estrutura humana complexa é o produto de um processo de desenvolvimento profundamente enraizado nas ligações entre história individual e história social.

A aquisição do conhecimento se dá nas relações estabelecidas com outros sujeitos e o mundo, num construir junto, para e com o outro. É na interação com o meio físico e social que se oportunizará a aprendizagem da criança, permitindo uma ação mediada com o social e com a apropriação das significações culturais (conceitos, valores, objetos concretos, concepção de mundo, entre outros), como membro de um determinado grupo social.

Logo, é observando, experienciando, imitando e recebendo informações do meio que a circunda e de sujeitos mais experientes que se possibilitará a aprendizagem e o desenvolvimento da criança, em especial aqueles que por uma rede de fatores terão maiores dificuldades para ultrapassar essas barreiras.

4. Para não concluir

O tema estudado, bem como a inquietude da problemática que envolve os objetivos da pesquisa, possibilitou a necessidade do enfrentamento de uma realidade pouco constatada pela maioria das pessoas envolvidas neste contexto.

Para tanto, enfrentar com clareza e sem subterfúgios, atribuindo responsabilidades às classes profissionais ou instituições oficiais pelo quase descaso com uma questão de tamanha magnitude, foi desafio assumido quando propus a reflexão deste trabalho. No entanto, a compreensão de que as dificuldades por todos enfrentadas, que vão da assistência pré-natal, sala de parto e UTIN até os problemas sócio-econômicos encontrados após a alta hospitalar, são fatores limitantes para um atendimento ideal a crianças que apresentam problemas no DNPM.

Assim, quaisquer que sejam as constatações aqui encontradas, não poderão servir de pretexto para que não se busque o equacionamento político

e social para a resolução se não definitiva, parcial do problema que não é apenas de alguns, mas de toda uma comunidade. A responsabilidade de tantos quantos forem os envolvidos nesta problemática, bem como dos dirigentes das instituições, deve estar no centro das discussões, quando pertinentes, sobre o assunto. Por tudo isso, além de uma análise fria, baseada em números, que podem ser definitivos, mas nunca preditores da realidade vivenciada pelos sujeitos envolvidos, familiares e comunidade, a análise do presente estudo é também propositiva, como poderá ser visto a seguir.

As entrevistas realizadas com as mães permitiram o conhecimento da realidade vivenciada pelos sujeitos da pesquisa. A cada relato, compreendi um contexto, uma história, experiências e atitudes tomadas frente às mais diversas situações. As longas caminhadas e as muitas dificuldades encontradas nesta busca por informações possibilitaram sair das palavras livrescas do conhecimento acadêmico e adentrar no estudo do mundo, de sujeitos reais e significantes.

Constatar a realidade vivenciada pelos sujeitos estudados possibilitou, mesmo que num grupo pequeno, a compreensão de uma rede de fatores que dificulta e influencia direta e indiretamente na efetiva realização da estimulação essencial às crianças de risco para problemas no DNPM. Fatores esses que conduziram à reflexão das influências do contexto sócio-econômico e educacional que envolve as famílias, tais como, a escassez de recursos financeiros, a limitação do saber, as barreiras institucionais vivenciadas na escola e nos centros que deveriam oferecer atendimento a essas crianças. Contudo, não justifica a omissão nem diminui a responsabilidade política e social frente a essa situação. Ressalto com isso, o papel do educador-pesquisador, que exerce a sua humanidade na prática de inteligir e desafiar o outro a inteligir, numa dialogicidade mútua, que possibilite uma práxis crítica sobre a realidade, reafirmando o seu comprometimento com a transformação social. Inspiro-me nas palavras do educador Paulo Freire (1996, p.29) ao dizer:

Enquanto ensino continuo buscando, reprocurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade.

Logo, é necessário que os educadores ultrapassem a mera compreensão teórica da complexidade dos fatores que influenciam o contexto desses sujeitos reais. Refiro-me a educador não somente no sentido pedagógico, mas a todos, médicos, professores, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, engenheiros, homens e mulheres, sujeitos que constroem conhecimento junto e com outros sujeitos. Para que, partindo da compreensão do mundo vivido, em todos seus aspectos sócio-econômico e educacional, possamos ser “pontes” entre a universidade e a comunidade, para diminuir e até mesmo anular essa “distância” que nos é imposta pela falta de “conscientiz-Ação” de todos os envolvidos na qualidade de sobrevivência desses recém-nascidos de alto risco para problemas no DNPM.

Para não concluir, legítimo a necessidade de uma equipe multidisciplinar consciente de seu papel na conjuntura família, recém-nascido, profissionais e comunidade, propondo inicialmente a divulgação deste estudo à fonte primeira desses dados, ou seja, às Direções do HUSM, em especial da obstetrícia e da neonatologia. Para além disso, proponho a interação, o diálogo, entre os setores envolvidos no trabalho de estimulação e atendimento aos RNAR para possíveis conseqüências no seu DNPM. Uma vez que a Universidade oferece esse atendimento especializado à comunidade, desde o pré-natal na obstetrícia, passando pela neonatologia, pediatria, fisioterapia, fonoaudiologia e educação especial. Contudo, ainda não possui uma estrutura administrativa, física e humana que valorize a real necessidade da intercomunicação e do trabalho multidisciplinar desses setores.

Ressalto principalmente, o caráter público da “universidade – escola” e o compromisso acadêmico e ético do não conformismo e da não acomodação, que permita ações edificadas em conjunto para oferecer e facilitar um atendimento gratuito e de qualidade à comunidade, onde as famílias dos RNAR possam usufruir de um atendimento especializado em tempo significativo para o desenvolvimento das potencialidades de seus filhos.

Assim, a dialogicidade permite e conduz a “conscientiz-Ação” da relação que deve existir entre o pensar e o atuar, pois ninguém conscientiza ninguém, as pessoas se conscientizam mutuamente por meio das trocas de suas experiências e de seu trabalho cotidiano, facilitando a descoberta de

alternativas que conduzam a uma efetiva ação transformadora. A esse respeito, Freire (2005, P. 91-92) ressalta:

Não há diálogo porém, se não há um profundo amor ao mundo e aos homens (...) Porque é um ato de coragem, nunca de medo, o amor é compromisso com os homens. Onde quer que estejam estes, oprimidos, o ato de amor está em comprometer-se com sua causa. A causa da sua libertação. Mas, este compromisso, porque é amoroso, é dialógico.

A problemática deste trabalho nasceu da inquietação, da busca por respostas, contudo, as “soluções” dependem das propostas, que, por sua vez, necessitam do compromisso de mulheres e de homens, do sonho e da esperança de que a mudança é possível.

Assim, espero que o estudo aqui realizado possa ter alguma repercussão quanto a sua continuidade. Certamente que rebuscar o método e analisar com maior profundidade os resultados obtidos por trabalho futuro poderá dar maiores subsídios e perspectivas para conjugar o problema de tão grande complexidade. E não seria demais o surgimento de uma proposta oriunda de indivíduos e/ou instituições, de um futuro Centro de Estudo e Pesquisa à RNAR para problema no DNPM, ou qualquer que seja o rótulo, mas que envolva comunidades profissionais e científicas das diversas áreas de atuação, com objetivos e finalidades em comum, e, principalmente, comprometidos com a conjuntura multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DIAMENT, A. **Neurologia Infantil**. São Paulo: Atheneu, 1998, pp.1306-1321.
- VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.
- SEHNAL, J. P.; PALMIERI, A. – High – risk infantis. In: Pratt, P. N, Allen A. S. – **Occupational Therapy for Children**. St. Louis: Mosby, p. 361 – 381, 1989.
- BARBOSA, N.M.M. et al. **Temas de Pediatria: Follow-up do Bebê de Risco**. Rio de Janeiro: Serviço de Informação Científica Nestlé, 1993.
- BARBOSA, N.M.M.; CABRAL, A.H.L.; LOPES, S.M.B. **Manual de Follow-up do Recém-Nascido de Alto Risco. Rotinas**. Rio de Janeiro: Serviço de Informação Científica Nestlé, 1990.
- FREIRE, p. **Pedagogia da Esperança**. : um reencontro com a pedagogia do oprimido. RJ: Paz e Terra, 1992.
- _____ **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 29ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- MORAIS, E.N; GALLARRETA, F.M.P. Sofrimento Fetal. In: MORAIS, E.N; MAUAD, F. F. **Medicina Materna e Perinatal**, Rio de Janeiro: Editora Revinter, p. 217-38, 2000.
- MORAIS, E.N. et al. Profound Depression and Neonatal Mortality in Very Low Weight Birth at an University Hospital in South Brazil. **J Perinat Med**, n 31 (suppl.1), p. 319-320, 2003 (b).
- GOLDABER, K.G. et al. Pathologic fetal acidemia. **Obstet Gynecol**, n 78, p. 1103-6. 1991.
- GOODWIN, T.M. et al. Asphyxial complications in the term newborn with severe umbilical acidemia. **Am J Obstet Gynecol**, n 162, p. 1506-12. 1992.