

Prof. Ramos de Almeida

Uma vida a observar bebês



«Quando comecei a exercer, era muito raro um pai trazer o filho ao meu consultório. Mas desde que as sociedades, sobretudo a ocidental, libertaram mais a mulher e valorizaram o papel do pai junto da criança, essa atitude modificou-se» — afirma nesta entrevista o Prof. Ramos de Almeida, pediatra há 32 anos.

O Prof. Ramos de Almeida dirige o Serviço de Pediatria da maior maternidade portuguesa — a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, em Lisboa, onde nascem, anualmente, cerca de 10 mil bebês.

Nos hospitais estatais, onde trabalha desde 1955, ou no seu consultório, com uma sala de espera repleta de brinquedos, observou já dezenas de milhar de crianças.

Autoridade, segurança, uma boa relação com a família e com os seus pequenos doentes são — como gosta de frisar — algumas atitudes herdadas dos três médicos que o trataram durante a sua infância: o dr. Manuel Cordeiro Ferreira, o dr. Álvaro de Lacerda e Mello e o dr. Manuel Marques da Mata.

O pediatra — afirma — deve ter entre as suas capacidades uma boa dose de poder analítico. É preciso descobrir a personalidade dos pais, como vivem as famílias das crianças, a qualidade das relações entre os pais, o seu nível socio-cultural. Costuma dizer aos seus alunos que treinem essas capacidades no dia-a-dia, lendo Sir Arthur Connan Doyle e estudando, depois, os desconhecidos com quem se cruzam.

Ramos de Almeida levanta-se muito cedo. Nos últimos meses, e porque prepara a agregação à Faculdade de Ciências Médicas, tem passado a maior parte do tempo «fechado» a trabalhar no consultório.

Pais — Onde é que se sente mais realizado: no consultório ou no Hospital?

Ramos de Almeida — São situações totalmente diferentes. No con-



sultório exerce-se uma medicina sobretudo preventiva e a relação com a família do doente é mais próxima. Estabelecem-se, assim, fortíssimos laços de amizade e de confiança. Há famílias que conheço há mais de 30 anos, seguindo hoje os filhos de crianças que então tratei. No hospital, as condições de trabalho obrigam ao exercício de uma medicina curativa — talvez mais interessante — mas onde, em contrapartida, a relação entre o médico e a família se dilui é, em geral, episódica.



Pais — *Isso significa que nos hospitais portugueses ainda não existe uma medicina humanizada?*

R. de A. — Não, não significa isso, mas a verdade é que nos hospitais portugueses não há uma medicina humanizada. Realmente, os médicos saem das Faculdades muito mais bem preparados em Farmacologia ou Patologia que para tratarem os doentes como gente.

Pais — *Descreva-nos a maternidade onde trabalha.*

R. de A. — Já vem tudo na nossa

cultura judaico-cristã. Uma boa maternidade é como um presépio. Está tudo no Machado de Castro ou no António Ferreira. Sem grande exagero de imaginação ou excesso de lirismo, pode considerar-se a Anunciação a Maria como a gravidez planeada; Maria e José como a importantíssima presença dos pais; as palhinhas e o enfaixamento como a incubadora; o incenso e a mirra, com as suas propriedades tónicas e anti-inflamatórias, como a medicação; o ouro como a roca ou o fio com que se presenteia o recém-nascido; o

povo em volta como os amigos que visitam; e não será preciso procurar muito para, em qualquer maternidade, se encontrar também o(s) jumento(s)...

Pais — *Costuma receber reclamações na maternidade onde trabalha?*

R. de A. — A minha longa experiência na maternidade Dr. Alfredo da Costa diz-me que as mães têm atitudes extremas quando lhes pergunto se gostaram de ter um filho numa maternidade pública: ou de franco agrado, ou de franco desagrado. Esses sentimentos dependem quase exclusivamente dos médicos e das parteras ou das enfermeiras que acompanharam a mãe. Infelizmente, ainda existem médicos sem o mínimo das doses de comunicação e empatia indispensável. É urgente consciencializar a classe médica e o pessoal para-médico que o diálogo e as relações humanizadas são essenciais para o bom funcionamento das unidades hospitalares do Estado.

Pais — *Isso significa que nas clínicas particulares existem melhores relações humanas?*

R. de A. — Parece estranho, mas não. Os quartos individuais onde as mães têm maior intimidade e podem descansar melhor são a única vantagem das clínicas particulares. De resto, estão pior apetrechadas, têm menos recursos que os hospitais e o pessoal não é nem mais educado nem mais humano. Por isso, e não esquecendo que um terço dos acidentes que ocorrem durante o parto não são previsíveis, as gravidezes de alto risco deveriam ser seguidas em maternidades e hospitais públicos, e os bebés de maior risco só deveriam nascer em Lisboa, Porto e Coimbra, nos estabelecimentos onde existem unidades especialmente preparadas para acudir a estes casos.

Pais — *Um bebé de 900 gramas sobreviveu recentemente num hospital de Badajoz. Pensa que esse bebé teria tido*

«**H**á famílias

que conheço há mais de 30 anos, seguindo hoje os filhos das crianças que então tratei.»

«As crianças precisam, e muitas vezes até exigem, uma disciplina justa, carinhosa e correcta. Esta disciplina é também uma forma de amor.»

as mesmas hipóteses se, por exemplo, tivesse nascido em Faro?

R. de A. — Em Espanha, e ao contrário do que se passa em Portugal, existe uma grande descentralização hospitalar e excelentes hospitais de província. Entre nós, e para os nossos meios isto está correcto, somente os hospitais centrais têm unidades de cuidados intensivos bem apetrechadas. Em todos os hospitais centrais a mortalidade nos recém-nascidos com menos de um quilo era, até há bem poucos anos, de cem por cento. Hoje, este índice baixou muito e sobrevivem muitos recém-nascidos desse grupo, sem sequelas.

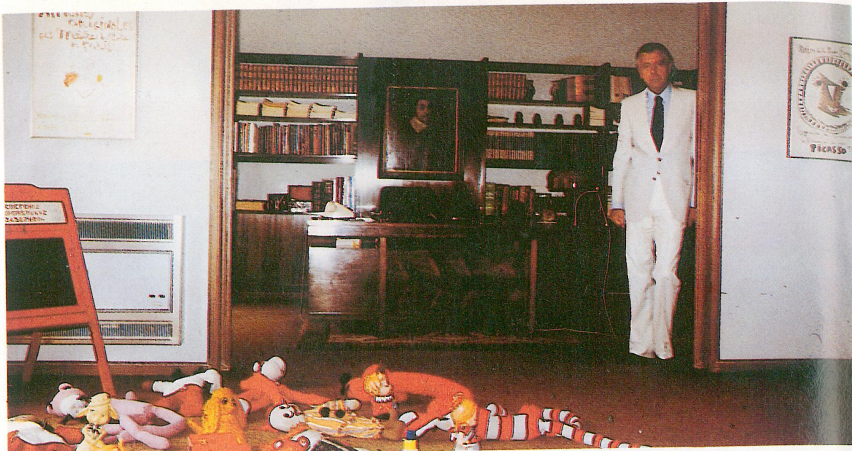
Pais — Houve também progressos na saúde materno-infantil?

R. de A. — Houve e enormes, tendo as maternidades materna e perinatal baixado muito significativamente. Isso deve-se ao desenvolvimento da acção das consultas de planeamento familiar, ao aumento das percentagens de gravidezes assistidas e de partos nos hospitais, à detecção, em tempo, dos casos de alto risco e à assistência das unidades de cuidados intensivos.

Pais — Há casos em que o acompanhamento das mães não é suficiente para evitar acidentes, como por exemplo o nascimento de pre-

maturos. Qual é a sua atitude para com uma mãe que acabou de ter um filho com 900 gramas?

R. de A. — É uma situação melindrosa. O nascimento de um prematuro é a morte do filho perfeito que a mãe idealizou durante toda a gravidez. Muitas vezes, as mães culpabilizam-se por isso e as horas passadas sozinhas na enfermaria, onde todas as outras mães têm os filhos a seu lado, são muito traumatizantes. Nestas alturas, procuro apoiá-las, explicar-lhes que se aquele filho nasceu antes de tempo não foi por nada que elas tivessem feito ou deixado de fazer, que o bebé tem muitas possibilidades de crescer e ficar igual aos outros, e ensinar-lhes que estarem o máximo de tempo possível junto do



bebé pode ajudá-lo muito. Está provado que quando existe amor e comunicação, o desenvolvimento e recuperação dos prematuros é mais rápido, precisam de menos ventilação e de fármacos e podem ir para casa mais cedo.

Pais — O primeiro filho é quase sempre uma fonte de angústia para a mãe. Qual o melhor ambiente para um recém-nascido?

R. de A. — Para além da alimentação, a criança tem uma série de necessidades fundamentais à sua sobrevivência, a que Freud chamou, talvez indevidamente, «secundárias», e que são amor, estimulação, interacção, ser desejada, compreendida e aceite. Se há estas condições, todo o resto acontece mais facilmente. É importante que este bom relacionamento se dê desde a concepção, ou até antes.

Pais — Que tipo de alimentação aconselha a mãe a dar ao bebé nos primeiros meses de vida?

R. de A. — A alimentação ao peito, a não ser que haja alguma contra-indicação, ou que a mãe sinta repugnância em fazê-lo. Aconselho-a também a dar de comer ao bebé como as mulheres dos povos primitivos — mas que nesse aspecto não o são nada — ou seja, sempre que ele peça, quer durante a noite, quer durante o dia, até que o bebé encontre o seu ritmo próprio. O recém-nascido sabe, melhor que ninguém, quando e quanto precisa de comer. O tempo de esvaziamento gástrico varia muito de hora para hora e de criança para criança.

Pais — Quando observa uma criança, fá-lo apenas sob o ponto de vista do desenvolvimento físico ou tenta também perceber o seu desenvolvimento

emocional e psíquico?

R. de A. — Não se pode separar o desenvolvimento emocional e psíquico das crianças do desenvolvimento físico. É importante olhar para uma criança e para os pais, e, como já disse, tentar perceber a família nuclear que hoje caracteriza a sociedade portuguesa, a relação que existe entre os pais, que tipo de vida levam, o seu nível socio-cultural, intelectual, etc...

Pais — É preciso conhecer também o pai. Os homens costumam acompanhar os filhos às consultas?

R. de A. — Antigamente, tudo o que dizia respeito às crianças, incluindo as visitas ao pediatra, competia às mães. Quando comecei a exercer, era muito raro um pai trazer o filho ao meu consultório — restos do tempo em que para a mulher estavam reservados os 3 K de Bismarck: cozinha, igreja e crianças. Mas desde que as sociedades, sobretudo a ocidental, libertaram mais a mulher e valorizaram o papel do pai junto da criança, essa atitude modificou-se. Hoje, muitos pais acompanham os filhos e, quando nunca o fazem, sou eu que peço à mãe que o traga. É impossível avaliar correctamente uma criança sem conhecer ambos os progenitores.

Pais — A percentagem de filhos de pais divorciados aumenta de dia para dia. Como é que as crianças reagem à separação dos pais?

R. de A. — O divórcio é sempre traumatizante para uma criança, sobretudo se for litigioso e se ela for utilizada como moeda de troca ou objecto de chantagem pelos progenitores. A atitude que adopto é explicar aos pais as consequências de uma separação, conflituosa ou não, no equilíbrio emocional

«**A**s gravidezes de alto risco deveriam ser seguidas em maternidades e hospitais públicos, e os bebés de maior risco deveriam nascer em Lisboa, Porto e Coimbra, nos estabelecimentos onde existem unidades especialmente preparadas para acudir a estes casos.»

nal dos filhos, e fazer compreender às crianças que o facto de o pai — pois é isso que acontece quase sempre — ter saído de casa, não significa que tenha deixado de gostar delas e até da mãe.

Tenho verificado que, passada a fase de choque, as crianças, gradualmente, adaptam-se à nova realidade. Mas tudo deixa sinais: feridas e cicatrizes indeléveis.

Pais — *Fala sobre educação com os pais que o escolhem como pediatra?*

R. de A. — Falo. Muitas vezes, encontro duas atitudes extremas: pais muito ambiciosos, com uma vida social e profissional muito intensa, que dão ora uma educação extremamente rígida e exigente aos filhos no pouco tempo que lhes dedicam, ora uma educação totalmente permissiva, sem qualquer espécie de regras de conduta. Penso que no meio está a virtude. As crianças precisam, e muitas vezes até exigem, uma disciplina justa, carinhosa e correcta. Esta disciplina é também uma forma de amor.

Pais — *Qual foi a situação mais dolorosa da sua carreira?*

«**É** urgente consciencializar a classe médica e o pessoal paramédico que o diálogo e as relações humanizadas são essenciais para o bom funcionamento das unidades hospitalares do Estado.»

«É humano que os médicos sintam culpabilidades nos casos que correm mal. Sonho frequentemente com crianças que morreram...»

R. de A. — É humano que os médicos sintam culpabilidade nos casos que correram mal. Sonho frequentemente com crianças que morreram. Essa culpabilidade deve dar lugar a uma autocrítica, a um gesto positivo de aperfeiçoamento — afinal a acumulação de experiência — que impeça o médico, se por acaso errou, de voltar a cometer o mesmo erro.

Pais — *E a mais gratificante?*

R. de A. — É difícil dizer. Oigo, com frequência, pais dizerem-me que, em tempos, salvei a vida do seu filho. Na maioria dos casos não me lembro e penso que é exagero. Mas seja como for, talvez os casos mais gratificantes tenham sido aqueles em que diagnostiquei precocemente meningites meningocócicas — uma doença que mata em horas — mas em que as crianças afectadas, se forem tratadas a tempo, sobrevivem sem qualquer tipo de sequela. Este tipo de intervenção é particular, por existir um confronto entre a vida e a morte que se processa com grande rapidez.

MARGARIDA BON DE SOUSA

Conselhos Prénatal

O passeio

O passeio diário é vital para a criança. Para que a aventura diária do passeio não seja motivo de risco, o carrinho ou a cadeira que escolher devem cumprir uma série de normas que garantam a sua segurança.

CARRINHO OU CADEIRA DE PASSEIO NORMAS DE HOMOLOGAÇÃO

Materiais: resistentes, duráveis e não tóxicos
Estrutura: protegida e sem arestas vivas para não magoar o bebé
Revestimento: lavável, para manter sempre uma perfeita higiene
Encosto: 3 posições (deitado, reclinado e sentado)
Rodas: pelo menos 4 das 8 rodas devem ter travões e ser giratórias
Manipulo: reversível

COMPLEMENTOS

Para dias frios e chuvosos:

- Saco acolchoado
- Capa impermeável
- Cobre-pés

Para dias quentes e com sol:

- Capota
- Sombrinha
- Mosquiteiro



PRÉ
NATAL

No próximo número falaremos da viagem do bebé.

Desde que sabes que vais ser mãe