



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE
INTEGRAL MATERNO INFANTIL**



CHRISTINE CASTINHEIRAS TOBIAS

**O MÉTODO GDS COMO FERRAMENTA ANÁLOGA À CONTENÇÃO
FACILITADA: UMA PROPOSTA AMPLIADA NA ATENÇÃO AO PREMATURO
INTERNADO NA UTI NEONATAL**

**Rio de Janeiro
2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE INTEGRAL MATERNO
INFANTIL**

CHRISTINE CASTINHEIRAS TOBIAS

**O MÉTODO GDS COMO FERRAMENTA ANÁLOGA À CONTENÇÃO
FACILITADA: UMA PROPOSTA AMPLIADA NA ATENÇÃO AO PREMATURO
INTERNADO NA UTI NEONATAL**

Monografia apresentada como requisito necessário para obtenção de Título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientadora: Renata Ungier de Mayor
Co-orientadora: Marcia Cristina Neves Merquior

**Rio de Janeiro
2019**

628T Tobias, Christine Castinheiras
O método gds como ferramenta análoga à contenção facilitada: uma proposta ampliada na atenção / Christine Castinheiras Tobias-- Rio de Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola, 2019.
37 f.; 31 cm.
Orientadora: Renata Ungier de Mayor
Co-orientadora: Marcia Cristina Neves Merquior
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Materno-Infantil) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Atenção Integral à Saúde Materno Infantil, 2019.
Referências bibliográficas: f. 34
1. Recém-Nascido Prematuro 2. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. 3. Estimulo Tátil 4. Cadeias Musculares 5. Contenção Facilitada. 6. Saúde Materno Infantil – Monografia. I. Mayor, Renata Ungier II. Merquior, Marcia Cristina Neves III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, AISMI. III. Título.

CDD: 610.7362



O MÉTODO GDS COMO FERRAMENTA ANÁLOGA À CONTENÇÃO FACILITADA:
UMA PROPOSTA AMPLIADA NA ATENÇÃO AO PREMATURO INTERNADO NA UTI
NEONATAL

Christine Castinheiras Tobias

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Aprovada por:

Renata Ungier de Mayor

Marcia Cristina Neves Merquior

Moana Cabral de Castro Mattos

Nota: 10,0
Conceito: A

Rio de Janeiro, 05 de julho de 2019

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por todos os caminhos que me fizeram chegar até aqui.

Aos meus pais Sergio Tobias e Cristina que me deram o melhor *holding* sendo suficientemente bons para meu desenvolvimento com muito amor e muito AM.

As minhas amigas e parceiras do GENEP UFRJ que me mostraram que é preciso pesquisar aquilo que nos motiva com qualidade e de maneira honesta e generosa trazendo o melhor para o futuro das nossas crianças e da nossa profissão de Fisioterapia: Rosana Santos, Vanessa Neves, Magda Valentim e Halina Cidrini.

Aos meus pacientes que sempre me ensinam dia após dia.

As minhas parceiras de trabalho do Hospital Egas Moniz que me ouviram e dividiram as minhas angústias e estudos nesse processo.

À querida bibliotecária Marcia novamente pela revisão, profissionalismo e disponibilidade.

Um agradecimento especial às parcerias construídas nesse trabalho e que se entrelaçam nessa costura que irá reger minha vida profissional e acadêmica daqui em diante:

Márcia Merquior que generosamente aceitou o convite de co-orientação e que me deixou tranquila para expor o meu estudo inicial sobre o desenvolvimento emocional do bebê e me acolheu com toda sua sensibilidade.

Renata Ungier que me introduziu a um mundo novo e cheio de possibilidades que é o método GDS e generosamente aceitou orientar este trabalho e com muito AM me ajudou a conduzi-lo.

Moana Cabral pelo aceite e contribuição na avaliação deste projeto.

A minha nova rede de apoio social e profissional, as mulheres incríveis e cheias de potencial que conheci na turma do curso de especialização AISMI 2018-2019 em especial minha amiga querida Vanessa Neves que me incentivou a trilhar com ela esse caminho e Marcia Armond, Ligia Pinheiro e Mariana Barros pela nova amizade e apoio nesse processo e final de percurso.

Aos professores Marcus Renato e Marisa Maia que complementaram de forma tão prazerosa o conhecimento da saúde da criança coordenando esse curso.

O toque

*“Quando você tocar a minha pele
Você também vai estar tocando meu coração,
Você me assusta ou você me acolhe
Quando você me toca, você escolhe
O que vai me causar com a sua mão.*

*Então, quando você toca a minha pele
Suavemente, como quem tenta me acalmar,
Percebe só: meu choro vai passando,
Você consegue, apenas me tocando,
Fazer meu coração desacelerar...*

*Mas quando você toca a minha pele,
E faz isso sem me dar a mínima atenção,
Eu estranho você, e sinto medo,
O toque é meu idioma desde cedo,
E eu conheço, através dele, a sua intenção...*

*Por isso quando você tocar a minha pele,
Nessa hora nós dois vamos estar dialogando,
Pense nisso quando você for colocar as mãos em mim,
Porque eu posso responder ou não ou sim,
E desse jeito a gente vai se comunicando.”*

(Luis Alberto Mussa Tavares)

RESUMO

Introdução: Pensando no momento do nascimento, a transição do espaço intrauterino para o extrauterino exige inúmeras adaptações. E caso o nascimento seja antecipado, a imaturidade global irá demandar uma adaptação ainda maior e mais difícil de ser alcançada. Ao realizar a técnica de contenção facilitada podemos possibilitar ao RN prematuro vivenciar um contorno que nutriria a construção de uma boa estrutura corporal de cadeias musculares desde o início da vida, ofertando uma experiência positiva não só de resultados sensório-motores, mas também psicocorporais. **Objetivo:** Analisar os benefícios de uma técnica de estimulação sensório-motora tátil-cinestésica específica na construção da postura e desenvolvimento emocional do recém-nascido prematuro internado na UTI Neonatal. **Materiais E Métodos:** Estudo de revisão narrativa da literatura, realizando uma busca nas principais bases de dados científicas, além de livros e documentos oficiais de saúde para fundamentação teórica. **Considerações:** é preciso promover estímulos suficientemente bons para minimizar as consequências da prematuridade e isso inclui o desenvolvimento de uma estrutura psíquica mais resiliente. Propõe-se que a contenção facilitada seja utilizada em larga escala e, junto ao conceito do método GDS, seja valorizada em seus benefícios não só sensório-motores, mas também como uma assistência ao desenvolvimento psíquico saudável.

Palavras-Chave: Recém-Nascido Prematuro. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Estimulo Tátil. Cadeias Musculares. Contenção Facilitada.

ABSTRACT

Introduction: At the moment of birth, the transition from intrauterine to extrauterine space requires several adaptations. If birth happens too soon, global immaturity will require even greater adaptation. By performing facilitated tucking in preterm newborn we can experience a contour that would support a good body structure of muscle chains since beginning of life, offering a positive experience of sensorimotor results such as psycho-corporeal ones. Objective: To analyze the benefits of specific tactile-kinesthetic technique stimulation in the construction of the body posture and global development of preterm neonates at the NICU. Materials and Methods: Narrative review of literature, leading a search database, as well as official books to provide theoretical foundation. Considerations: good enough stimuli are need to be promoted to minimize the consequences of preterm birth. This includes the development of a more resilient psychic structure. It is suggested that facilitated tucking is used on a large scale and, together with the concept of the GDS method, valued in its benefits not only sensory-motors, but also as healthy emotional development assistance.

Keywords: Preterm Newborn. Neonatal Intensive Care Unit. Tactile Stimulation. Muscle Chains. Facilitated Tucking.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	O Método De Cadeias Musculares E Articulares Gds	10
1.2	Justificativa	11
1.3	Objetivos	12
1.3.1	Objetivo Geral.....	12
1.3.2	Objetivos Específicos	12
2	METODOLOGIA.....	13
2.1	Materiais e Métodos	13
2.2	Critérios Éticos	13
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
3.1	A Estruturação Da Postura No Desenvolvimento Inicial Do Bebê	14
3.1.1	A Onda De Crescimento E As Cadeias Musculares E Articulares GDS....	14
3.1.2	A cadeia AM.....	16
3.1.3	A cadeia PM	17
3.1.4	A Prematuridade E A Construção Do Toque Sob Olhar De Godelieve Denys-Struyf (Baseado No Texto L'enfant De Denys-Struyf, 1990).....	19
3.2	Principais Consequências Da Prematuridade	21
3.3	A Estimulação Sensório-Motora Na UTIN.....	23
3.3.1	A Contenção Facilitada.....	24
3.4	O Desenvolvimento Emocional Primitivo	25
3.4.1	O toque como investimento psíquico.....	29
3.5	O método GDS como ferramenta análoga à contenção facilitada	30
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
	REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento global é um processo complexo, que tem seu início desde a gestação e compreende diversas áreas (sensorial, motora, cognitiva, emocional, de linguagem), que são interligadas e fundamentais para que ocorra de forma saudável (BRASIL, 2002).

Para Winnicott (2005) o ser saudável deve ser visto como um indivíduo que amadurece, acompanhando sua idade a caminho da independência. Ao mesmo tempo, deve-se considerar que o ser saudável é dependente de relações. Neste âmbito, é possível perceber tanto a influência herdada do indivíduo como aquela adquirida na experiência com o ambiente, favorecendo ou não suas potencialidades (WINNICOTT, 2005; CAMPIGNION, 2003).

No aspecto da construção e facilitação das potencialidades da criança, os primeiros mil dias de vida se configuram como um período onde as principais bases do processo de desenvolvimento se constituem (TOBIAS, 2017; WINNICOTT, 2005; PIRES, 2010; DENYS-STRUYF, 2016).

Pensando no momento do nascimento, a transição do espaço intrauterino para o extrauterino exige inúmeras adaptações. Uma nova interação deve ser estabelecida entre seus sistemas e só será possível se houver adaptação e a criação de novas estratégias. E, caso o nascimento seja antecipado, a imaturidade global irá demandar uma adaptação ainda maior e mais difícil de ser alcançada (KADIC; PREDOJEVIC, 2012).

Além das dificuldades de adaptação, ao nascer de forma prematura, o recém-nascido (RN) perde os benefícios do último trimestre de gestação, apresentando um pior desenvolvimento da resistência e da tensão muscular para acomodação da gravidade. Isso pode levar a uma baixa estabilidade postural que irá se perpetuar por toda a vida, gerando compensações inadequadas (FERREIRA, SANTOS, 2016; BUCCI et al, 2017) .

Logo, é imprescindível uma intervenção nesses RNs para facilitar seu processo de transição para o meio extrauterino, tentando diminuir os prejuízos causados por essas perdas. Pois, ainda que a tecnologia tenha avançado muito na área, as sequelas do desenvolvimento ainda são um desafio (INOUE et al, 2018; MYRHAUG et al, 2019).

1.1 O método de cadeias musculares e articulares GDS

O método de cadeias musculares e articulares G.D.S. (GDS) é assim chamado por levar as iniciais de sua idealizadora Godelieve Denys-Struyf e abriga, como citado por ela, o conceito de “cadeias de comunicação que fazem o corpo falar.” (CAMPIGNION, 2003).

Trata-se de um método global da fisioterapia, que pode ser dirigido tanto à criança quanto ao adulto. O termo global refere-se ao princípio de que o locomotor, o visceral e o psico-comportamental estão entrelaçados (UNGIER; UNGIER, 2009).

Desde a década de 60, Denys-Struyf contribuiu com a área ao trazer a ideia de decifrar o corpo através da construção de uma estrutura de organização corporal em famílias musculares e articulares, com seis tipologias morfológicas básicas, que exprimem diferentes posturas e gestos, moldados por comportamentos e movimentos (CAMPIGNION, 2003).

A construção dessas cadeias miofasciais possui a função de conferir mobilidade e estrutura suficientes para garantir também certa adaptabilidade. A adaptabilidade permite passar de uma atitude postural à outra de acordo com as demandas do ambiente (CAMPIGNION, 2003).

O termo “pulsões comportamentais” foi utilizado por Denys-Struyf para descrever motivações de ordem comportamental. As pulsões podem moldar o corpo através de uma ativação muscular específica. Em um mecanismo de ação e reação dessas ativações, um desequilíbrio entre as cadeias pode ser gerado caso haja um excesso, dificultando as adaptações necessárias para um processo de crescimento e desenvolvimento saudável (CAMPIGNION, 2003).

Este método é pouco difundido na área de neonatologia, sobretudo no Brasil, e não há registros em artigos que descrevam essa prática na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Consiste em uma terapia manual de prevenção, tratamento e reeducação postural utilizado com maior frequência em adultos, ainda que haja profissionais capacitados e um campo específico de atuação para pediatria (UNGIER; UNGIER, 2009).

Porém, a estruturação psicocorporal do bebê inicia-se a partir do momento da gestação. Além disso, ao nascimento, o bebê exprime sua comunicação através de uma linguagem não-verbal, predominantemente corporal. Portanto devemos refletir sobre esse conceito na população de RNs internados na UTIN (DENYS-STRUYF,

2016; WINNICOTT, 1990).

De que forma esses RNs podem se beneficiar? Como compreender essa estruturação corporal das diferentes cadeias musculares no corpo ainda em construção? O que o método poderia acrescentar como substrato e tratamento nesse público?

Para compreender a relação entre o GDS e a Neonatologia será necessário discorrer sobre os temas de postura, desenvolvimento emocional primitivo e estimulação sensório-motora.

1.2 Justificativa

A conjugação de estímulos ao desenvolvimento global promove uma integração sensorial mais próxima do normal ao bebê internado na UTIN (LIKITIER, 2011). No caso do prematuro a carência desses estímulos é ainda maior devido a sua imaturidade (KADIC; PREDOJEVIC, 2012).

No ambiente da UTIN todos os profissionais devem conhecer e saber dessas especificidades do RN para realizar uma melhor intervenção. Além disso, a mãe deve ser incluída no cuidado.

Há poucos artigos publicados sobre o método GDS, sendo que nenhum em RNs e trazer à tona a discussão sobre o possível uso nessa área pode ser de uma enorme contribuição para o futuro desses bebês. Da mesma forma que pode ser uma limitação, visto que nunca foi registrado em outros artigos sobre neonatologia.

Por isso, foi selecionado um estímulo sensório-motor já utilizado na prática baseada em evidências que se aproxima de uma prática proposta pelo GDS. Essa escolha serve de base para discorrer e refletir sobre a possibilidade de diferentes usos e a exploração e expansão de seus benefícios.

A contenção facilitada é uma técnica simples, largamente utilizada em diversos países, de baixíssimo risco, sem custos adicionais e de alta replicabilidade (RIDELL *et al*, 2015; SALMANI, *et al*, 2017; CERRITELLI *et al*, 2017; MACIEL *et al*, 2019). Ao realizar essa técnica podemos possibilitar ao RN prematuro vivenciar um contorno que nutriria a construção de uma boa estrutura corporal, em cadeias musculares e articulares equilibradas e harmônicas, desde o início da vida, ofertando uma experiência positiva não só de resultados sensório-motores, mas também

psicocorporais.

Além disso, é necessário ressaltar as evidências acerca da estimulação tátil, que é descrita em diferentes termos, mas que reproduzem ações similares. Essa diferença prejudica seu pleno entendimento e seu uso eficaz, incluindo ações que poderiam alcançar o âmbito multiprofissional (MACIEL *et al*, 2019).

Assim, essa revisão pode contemplar a literatura existente e sugerir novos caminhos na tentativa de auxiliar alguns dos 15 milhões de prematuros que nascem por ano em todo o mundo (WHO, 2012).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar os benefícios de uma técnica de estimulação sensório-motora tátil-cinestésica específica na construção da postura e desenvolvimento emocional do RN prematuro internado na UTIN

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Realizar uma revisão conceitual sobre a técnica de contenção facilitada
2. Enumerar os benefícios da técnica de contenção facilitada descritos na literatura
3. Correlacionar a estimulação sensório-motora com o método GDS, focando na estruturação psicocorporal do RN prematuro

2 METODOLOGIA

2.1 Materiais E Métodos

Estudo de revisão narrativa da literatura, realizando uma busca nas principais bases de dados científicas SCIELO, PUBMED, MEDLINE, utilizando nos idiomas inglês, espanhol português e francês as seguintes palavras-chave: recém-nascido prematuro, UTI Neonatal, estímulo tátil, cadeias musculares, contenção facilitada.

Além disso, foram incluídos autores que constituem marcos teóricos, os pilares de sustentação do assunto em questão e que não puderam ser contemplados nos descritores das bases de dados.

Também é importante ressaltar que, no caso do método GDS, há uma grande produção de Godelieve Denys-Struyf e Philippe Campignon na literatura, porém pouquíssimo material publicado em revistas indexadas. Portanto, serão utilizados materiais didáticos do curso de formação, livros e textos divulgados em plataformas digitais.

Assim pretende-se abrir um campo de multiplicação de conceitos, agregando valor às práticas existentes e que poderão servir de base para estudos subsequentes.

2.2 Critérios Éticos

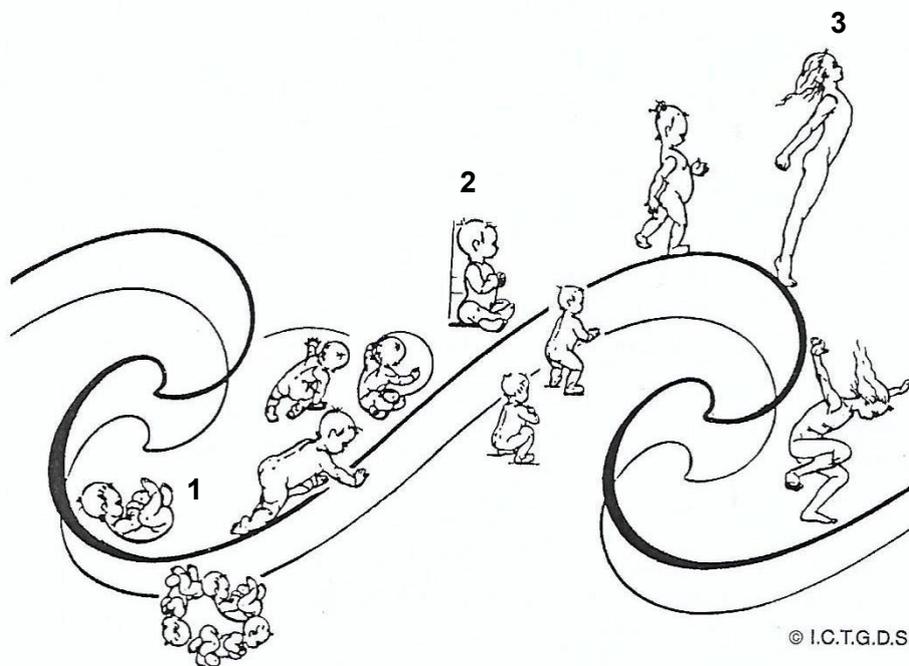
O projeto foi aprovado pelo CEP da Maternidade Escola da UFRJ, parecer número 3.339.655.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A Estruturação Da Postura No Desenvolvimento Inicial Do Bebê

3.1.1 A Onda De Crescimento E As Cadeias Musculares E Articulares GDS

Figura 1. A onda de crescimento de Godelieve Denys-Struyf



Fonte: Denys-Stuyf (2016)

Legenda: 1- cadeia AM; 2- cadeia PA; 3- cadeia PM.

O bebê, desde o nascimento, percorre uma onda (figura 1), de maneira não-linear, pelo desenho de suas experiências, nas principais etapas do seu desenvolvimento psicomotor. Esses períodos são muito significativos, pois levam à consciência essas experiências deixando marcas, codificando-as. Através delas, o corpo será moldado servindo de base para seu futuro (DENYS-STRUYF, 2016).

O método GDS decodifica essas experiências e tem por objetivo ajudar a

promover um corpo bem estruturado e ao mesmo tempo permitir que a criança possa viver de forma feliz e segura nesse corpo (DENYS-STRUYF, 2016).

A organização do corpo em cadeias musculares expressa essa codificação dos músculos e da postura, segundo Godelieve Denys - Struyf, através da “expressão psicocorporal, da qual os músculos são instrumentos” (DENYS-STRUYF, 1995.)

Por conseguinte, as pulsões psicocomportamentais ativam esses músculos em locais precisos do corpo. O corpo reage de modo a frear o desequilíbrio gerado por essas ativações. E há uma adaptabilidade de ação e reação que permite que o corpo transite de uma atitude postural à outra. Porém, essas pulsões podem se manifestar com alguma predominância, moldando o corpo em uma atitude mais permanente, que se configura na cadeia mais expressiva do indivíduo (UNGIER; UNGIER, 2009).

Para compreender a construção da estrutura de experiências do bebê é importante conhecer as três posturas estáticas em que precisam necessariamente evoluir em uma ordem específica na onda de crescimento: iniciar na cadeia ântero-mediana (AM), crescer na cadeia pósterio-anterior (PA) até atingir a cadeia pósteromediana (PM). Esse percurso é absolutamente necessário para que, nos três primeiros anos, mas, sobretudo nos três primeiros meses, o bebê esteja imerso no universo de AM, permitindo que ele organize as bases de seu desenvolvimento neuropsicomotor.

Portanto, o RN, na base inicial da onda, deveria se configurar na cadeia AM que corresponde à posição fetal, em flexão, como em enrolamento (DENYS-STRUYF, 2016). Um RN que nasce em boas condições tende a assumir essa postura. Já no caso da prematuridade, o bebê assume uma postura oposta, ou seja, uma postura modelada pela ação da cadeia pósteromediana, ou PM.

A cadeia PM é ativada em situações de alerta e ameaça à vida, para se colocar em ação na luta pela sobrevivência. O prematuro é um bebê de risco que sofre diversas ameaças desde o momento do nascimento (parto de risco, sofrimento fetal, etc.). Sobreviver é uma luta diária, frente à sua imaturidade global e ao meio hostil da UTIN.

Por isso, a ação de ativar a cadeia muscular PM irá ocorrer repetidamente, podendo levar a um excesso de PM e, literalmente, a uma fixação nessa cadeia, que se inicia geralmente a partir do crânio e da cervical (CAMPIGNION, 2003). Logo, ao assumir uma postura diferente do bebê a termo, ele estaria assumindo uma linguagem

gravada¹ diferente, não só corporal, mas também psíquica.

Além disso, deve-se ressaltar a falta de PA nesse caminho que vai contribuir para que PM gravada nesse bebê não seja bem estruturado, uma vez que a cadeia PA é o símbolo da respiração ativada na fase de inspiração, promovendo o alinhamento do tronco, em direção ao início de uma postura ereta (DENYS-STRUYF, 1995, CAMPIGNION, 2003).

Todo esse desequilíbrio prejudica o percurso natural da onda de crescimento, levando a uma série de compensações que se perpetuarão por toda a vida do indivíduo.

3.1.2 A cadeia AM

“Um corpo cujos limites são percebidos, protege a pessoa que mora lá; o contorno permite apreender o centro e viver centrado.”
(DENYS-STRUYF, 1990)



Fonte: Denys- Struyf, (1990).

A cadeia ântero-mediana (AM) é a primeira a se organizar na onda de crescimento. Diante disso, é fundamental que sua construção seja bem estruturada, pois irá lhe conferir as primeiras sensações de seu corpo. A partir daí, se o RN conseguir atingir a sensação de habitar um corpo integrado, uma boa percepção de si, essa base influenciará diretamente na constituição de um ego e um self mais

¹ Linguagem gravada: sinais e marcas corporais fixados, que se caracterizam pela falta de adaptabilidade e imprimem uma comunicação através da postura (CAMPIGNION, 2003).

saudável (UNGIER; UNGIER, 2009).

O símbolo da cadeia AM é representado pela função materna, dos limites corporais. A mãe segura o bebê e, instintivamente, o contém e envelopa, dando-lhe certo contorno que o conforta. Caso esta estrutura não seja bem desenvolvida, pode gerar uma relação precária entre o seu corpo e o espaço e na própria construção de sua imagem corporal (UNGIER; UNGIER, 2009; DENYS-STRUYF, 2016).

Do ponto de vista corporal, a atividade da cadeia AM leva o bebê a assumir a posição fetal, promovendo o enrolamento do tronco. Engloba a porção ântero-mediana do tronco, principalmente os músculos abdominais e apresenta o centro de gravidade na bacia. No adulto, pode assumir uma postura menos extrema, pois desenvolveu sua onda de crescimento e já experimentou a postura de pé (DENYS-STRUYF, 2016).

3.1.3 A cadeia PM

“Fora de um útero, caiu nu no vazio, destreinado para enfrentar sem referência o espaço infinito da incubadora. Enlouquecedor?”
(DENYS-STRUYF, 1990)



Fonte: Denys- Struyf, (1990).

A luta pela sobrevivência de um prematuro gera marcas corporais entremeadas pela necessidade de ação frente a um tônus imaturo que não sustenta sua postura diante da gravidade (CAMPNION, 2003; DENYS-STURYF, 1990).

A cadeia póstero-mediana (PM) representa uma atitude corporal de verticalidade e, simbolicamente, da função paterna, ligada à lei, aos limites externos. Limites esses que, se impostos antes de uma base AM bem constituída (para que esse bebê tenha uma noção dos seus limites corporais), leva a sensações descorporalizadas e, assim, a uma percepção de existência negativa (UNGIER; UNGIER, 2009).

Iniciar a vida em excesso de PM é como se construir de cabeça para baixo: ação antes de existir e o intangível, em uma cabeça sem consciência do corpo, em sobreposição a um AM frágil. O corpo precisa de fundações reais, para que possam interagir e se comunicar. O bebê precisa percorrer toda uma jornada corporal, em forma de onda que precisa de bases para se constituir (DENYS-STRUYF, 1990).

Na condição de uma PM mal constituída será necessário também nutrir, além de AM, uma boa PM. A expressão de uma PM não saudável acaba por resultar em alterações comportamentais. Portanto, um prematuro pode apresentar dificuldade com limites e regras, que o afastam de um bom convívio social com os outros e que, geralmente, aparece com o passar do tempo, ainda na infância. Dessa forma, é necessário nutrir também essa cadeia no sentido de uma contenção, não corporal, mas social (UNGIER, UNGIER, 2009; DENYS-STRUYF, 1990).

Do ponto de vista corporal a cadeia PM é constituída principalmente pela musculatura póstero –mediana do tronco (DENYS-STRUYF, 1995).

É importante elucidar o conceito dos elementos potenciais na constituição da personalidade. Compreende-se que, mesmo em vigência de uma cadeia principal, o bebê também pode apresentar sinais morfológicos de outras cadeias, inclusive de um PM - sem excesso. O método descreve essa coabitação na forma do corpo que confere ao RN sua individualidade e é dinâmica, uma vez que pode se modificar durante a vida através de suas pulsões comportamentais (CAMPIGNION, 2003).

A constituição da personalidade e elementos potenciais abre um campo de possíveis potencialidades a serem desenvolvidas. O potencial de base expressa o potencial genético, que nasce com ele e que espera ser cultivado. No potencial adquirido, o meio é o grande contribuinte que leva o indivíduo a assumir mais uma atitude postural que responde ao ambiente do qual participa. Já o potencial de fachada representa o conjunto potencial de base e adquirido, somado às experiências vivenciadas, que demandam alguma atitude de adaptação do indivíduo (CAMPIGNION, 2003).

Visto isso, será descrito a seguir como se configura a vivência do prematuro pelo olhar do GDS e quais as consequências de sua condição que podem ser atenuadas através de uma intervenção na UTIN.

3.1.4 A Prematuridade E A Construção Do Toque Sob Olhar De Godelieve Denys-Struyf (Baseado no texto *Reflexions pour un petit prématuré* de Denys-Struyf, 1990).

“Quando a longa espera começa, esses pais, essas mães, essas famílias têm a necessidade de entender e acompanhar seu filho inacabado”.
(GODELIEVE DENYS-STRUYF ,1990.)



Fonte: Denys- Struyf, (1990).

Em seu texto sobre o prematuro, Denys-Struyf (1990) faz um paralelo com o pequeno príncipe, trazendo a personificação do bebê, dentro da incubadora como uma redoma que cria um ambiente de melhor cuidado para a época, mas também algo frio, uma barreira de relação entre ele e seu cuidador que corre o risco de distanciá-lo: “A rosa era tão frágil, e ele estava cuidando tanto que a cobria com um globo de vidro”.

Dessa forma, traz à tona esse desafio frente à necessidade de mais tecnologia dura para seus cuidados *versus* encorajar a maior humanização possível com a aproximação da família com esse bebê.

Convidar os pais a tocar e falar com seu bebê pode diminuir essa distância do

que Denys-Struyf (1990) chama de 'gaiola de vidro'. Porém estes ainda são rodeados pelo medo de não saber tocar ou mesmo de prejudicá-lo.

O RN prematuro procura o contato em seus momentos de alerta, por isso beneficia-se de dispositivos táteis que promovam um contorno em torno dele. E ainda mais ao serem tocados de forma adequada (DENYS-STRUYF, 1990; CERRITELLI *et al.*, 2017).

No entanto, esse ato requer certa consciência e inclui sentir as mãos em pleno contato com o bebê (DENYS-STRUYF, 1990), o que em um RN envolto por fios e acessos e muitas vezes de alto risco, torna-se mais difícil.

Porém a autora ressalta que uma mão totalmente em contato, com a palma inteira, promove um toque generoso e quente, agradável e calmante. Já uma mão reservada, contida, não promove um toque com a parte central da palma onde se dá o calor humano que a mão carrega. A pressão dos dedos, tanto excessiva quanto leve demais, resulta em uma mão desagradável. O correto seria imprimir um toque suave, mantido e seguro.

Denys-Struyf segue descrevendo que uma forma de promover esse toque é posicionar uma mão na pelve, pressionando um pouco o sacro como se fosse convidar a pelve a sentar-se, a descansar em sua mão. A outra mão pode oferecer um breve contato com o topo da cabeça. O silêncio é importante para oferecer uma experiência agradável ao RN.

Para que isso seja possível, um diálogo deve ser estabelecido entre a mão e a experiência corporal do outro. Isto indica estar presente com as mãos. Quanto mais a minha consciência é exercida em relação a essa experiência da mão em contato com a experiência do outro, mais minha percepção será refinada assim como minha adaptação ao outro, mais benéfico será o toque (DENYS-STRUYF, 1990).

Denys-Struyf (1990) deixa claro que uma "mão boa" possui intenção sem imposição; envelope sem comprimir: dá sem tirar. É rodeada de atenção plena em seu ato.

É preciso servir de morada, ser um santuário que acolhe com as mãos aquele ser indefeso e sensorialmente desconectado de seus limites corporais. Sem distrair-se, transforma-se em um silêncio cheio de intenção, acalma e entenece (DENYS-STRUYF, 1990).

Aos poucos, com mais tranquilidade e confiança, em um RN já mais maduro, mais estável, é possível tocar também as costelas. Substituindo uma das mãos

cabeça ou pelve e colocando-a suavemente nas costas, e o contato será prolongado pela percepção do tórax que floresce e se acomoda na mão que o toca (DENYS-STRUYF, 1990).

Daí em diante, com o RN menos reativo, é possível variar de posição nos contatos para encontrar onde o bebê se aloja melhor no contato com as mãos. Para isso é preciso olhar seus sinais e saber quando e onde deixa-lo mais confortável e se fazer morada novamente. E isso só é possível com alguma conexão íntima entre o sujeito que aplica e o bebê (DENYS-STRUYF, 1990).

Para compreender porque esses cuidados influenciam tanto no futuro do RN prematuro serão descritos no próximo capítulo as principais consequências da prematuridade.

3.2 Principais Consequências Da Prematuridade

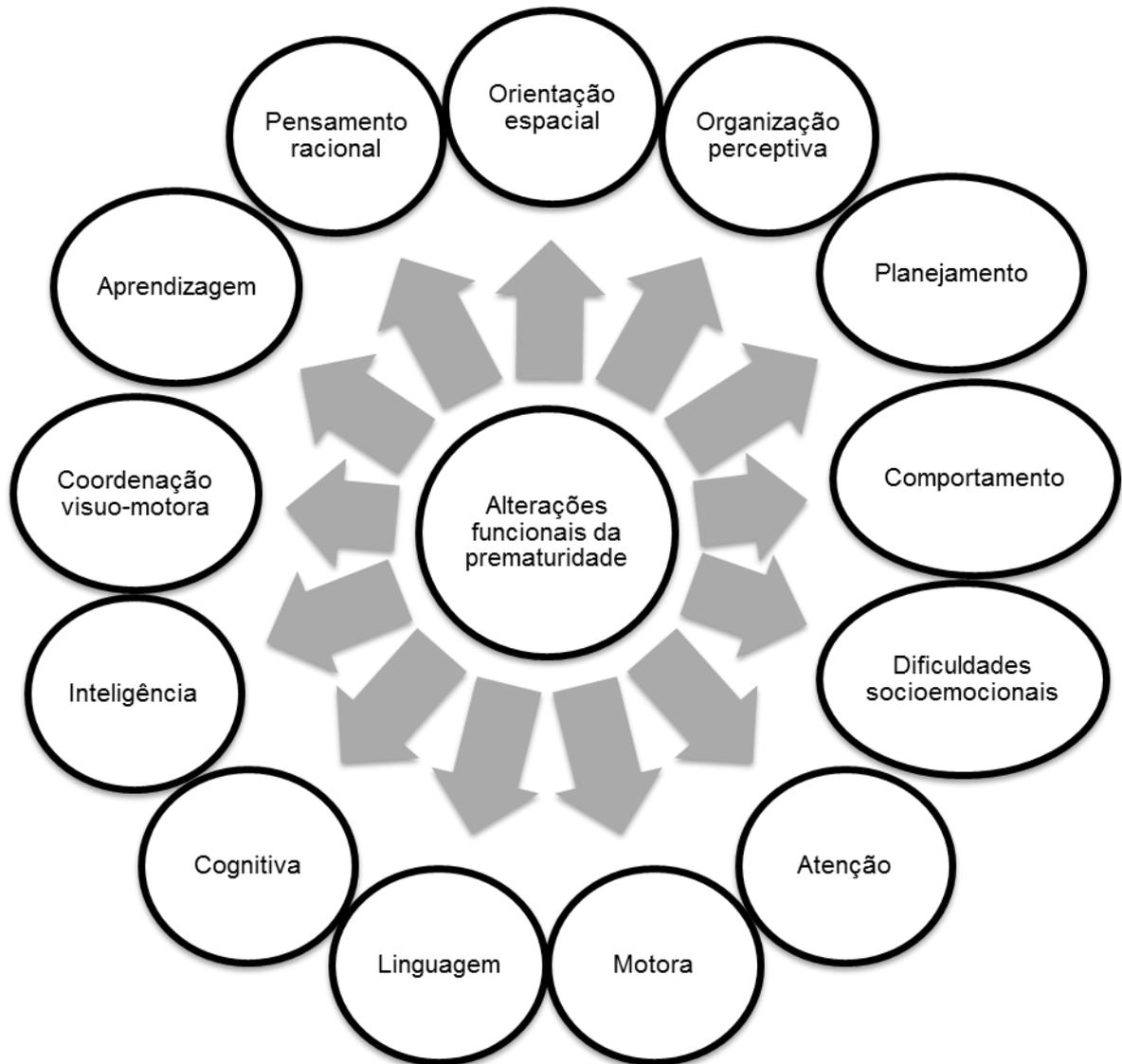
As consequências da prematuridade são as mais variadas, pois dependem da experiência, durante uma possível internação na UTIN, podendo essa ter sido prolongada ou não. O que é evidente é que a gravidade é inversamente proporcional à idade gestacional e o peso. E a gravidade diretamente proporcional às chances de comorbidades (EVERSON *et al*, 2019; MYRHAUG, *et al*, 2019).

Dentre as alterações descritas na literatura podem-se esperar repercussões que influenciam a vida desse indivíduo até a idade adulta (quadro 1). Essas complicações ocorrem em decorrência da vulnerabilidade e imaturidade anatômica e estrutural no seu processo de desenvolvimento cerebral (ZOMIGNANI; ZAMBELLI; ANTONIO, 2009; PERALTA-CARCELEN *et al.*, 2018).

Destacam-se neste trabalho as alterações sócio-emocionais do prematuro, pois existe um déficit neste aspecto do desenvolvimento se comparado ao RN a termo (GRAY, 2018) e apesar de pouco estudadas fazem parte de um cenário atual onde há aumento dos transtornos mentais em todo o mundo (WHO, 2017; GRAY, 2018).

Essas dificuldades no funcionamento sócio-emocional dificultam a capacidade de uma comunicação, interação social e autorregulação emocional bem-sucedida, levando a um risco de evoluir para quadros de ansiedade, depressão, transtornos de déficit de atenção e autismo (PERALTA-CARCELEN *et al.*, 2018; HERNANDEZ, 2018).

Quadro 1: Funções que podem ser comprometidas pela condição da prematuridade:



Fonte: Adaptado de Zomignani; Zambelli; Antonio, 2009; Peralta-carcelen, M. *et al.*, 2018.

Da mesma forma que podem ser potencializadas pela experiência negativa de um ambiente altamente estressante como a UTIN, experiências positivas podem ter uma boa influência, reduzindo a magnitude dessas repercussões nesse período crítico de desenvolvimento (ALTIMIER; PHILLIPS, 2013; PERALTA-CARCELEN *et al.*, 2018). Portanto deve-se ressaltar que o grau de alterações que os RN pré-termo sofrem também é resultado da qualidade das experiências e do ambiente ao qual estão expostos. (PERALTA-CARCELEN *et al.*, 2018).

A neuroplasticidade é o conceito que envolve a capacidade de regeneração

induzida pela experiência e, devido ao grande número de conexões cerebrais presente no início da vida, pode ser muito mais eficiente no período neonatal (PITCHER *et al.*, 2011; ALTIMIER; PHILLIPS, 2013).

Logo, quanto mais cedo há uma intervenção focada no desenvolvimento neuropsicomotor, mais eficazes serão os resultados (PITCHER *et al.*, 2011). Portanto é preciso incluir o investimento na relação dos pais/cuidadores com o bebê desde o primeiro ano de vida visando também um melhor desenvolvimento sócio-afetivo (WINNICOTT, 2012; HERNANDEZ, 2018).

Ao falar da relação entre mãe x bebê (e nisso incluem-se outros cuidadores de referência que substituam esse vínculo) é importante ressaltar a relevância do cuidado materno, sobretudo nas abordagens do RN prematuro, pois esse cuidado promove efeitos epigenéticos que podem contribuir com reações neuroendócrinas e comportamentais melhores em seus bebês e que irão persistir a longo prazo em suas vidas (HERNANDEZ, 2018; EVERSON *et al.*, 2019).

A seguir serão descritos os estímulos que podem servir de experiência positiva para esses bebês imaturos.

3.3 A Estimulação Sensório-Motora Na UTIN

O desenvolvimento fetal carrega uma série de experimentações sensório-motoras que incluem algum tipo de comunicação com a mãe. A ruptura brusca e antecipada da gestação prejudica o processamento sensorial e limita essa experiência.

O sistema tátil é o primeiro a ser desenvolvido durante a gestação e, assim, ao nascimento, é o sistema menos imaturo. Por essa razão, os prematuros podem apresentar a melhor resposta à estimulação, principalmente no caso dos extremos (LICKLITER, 2011). Esses apresentam o maior desequilíbrio de toque relacionado à dor ou estresse de procedimentos de rotina da UTIN em relação ao toque positivo (SMITH *et al.*, 2014).

A estimulação sensorial na UTIN é, portanto, de extrema importância para o tratamento do prematuro. As pesquisas trazem bons efeitos e favorecem seu uso, porém sofrem pelo desencontro de informações que inviabilizam, de certa forma, a criação de protocolos e investigação da acurácia de suas técnicas (SMITH *et al.*,

2014).

Uma das estimulações mais bem estabelecidas na UTIN é o Método Canguru, que foi criado na Colômbia em 1978 e começou a ser utilizado no Brasil na década de 90, tornando-se em seguida uma política nacional de saúde de atenção humanizada ao RN. O método possui três etapas que contemplam da UTIN até o seguimento ambulatorial pós- alta. A posição canguru preconiza o contato pele-a-pele com a mãe, como uma grande integração sensorial responsável pela estimulação a esse desenvolvimento. Desta forma, a posição canguru trouxe à tona o reconhecimento da mãe como parte do cuidado na UTIN. Inicialmente chamado de cuidado mãe canguru, optou-se pelo nome de Método Canguru, por também incluir a participação do pai (LAMY *et al.*, 2005; BRASIL, 2017).

No caso do profissional de saúde, diversas técnicas de diferentes sistemas sensoriais sozinhos ou integrados podem fazer parte de seu atendimento e cuidado na UTIN.

A contenção facilitada é um tipo de estimulação tátil simples de ser aplicada e já largamente utilizada como ação não-farmacológica em procedimentos dolorosos (MACIEL, 2019). Por esse motivo será explorada a seguir como um campo de estimulação que pode se expandir agregando seus benefícios através do olhar do GDS.

3.3.1 A Contenção Facilitada

A contenção facilitada consiste em um toque positivo e gentil, posicionando as mãos em concha, uma no lado posterior da cabeça do bebê, e outra na região posterior do quadril, pressionando suavemente ambas as mãos e mantendo uma posição de flexão, simulando a posição fetal até que o RN se acalme (HARTLEY; MILLER; GEPHART, 2015).

Pode ser realizada apenas com o contato direto das mãos ou por dispositivos que simulem essa ação. Os limites físicos de contorno são estímulos suaves para sistemas sensoriais proprioceptivos, térmicos e táteis, que são capazes de promover conforto e acalmar o RN (SALMANI *et al.*, 2017).

A maioria dos artigos cita o uso da contenção facilitada apenas para alívio da dor e redução do estresse (SALMANI, *et al.*, 2017; CERRITELLI *et al.*, 2017;

HARTLEY; MILLER; GEPHART, 2015. MACIEL *et al.*, 2019). Também é citada por Valizadeh (2016) como uma estratégia que melhora a quantidade diária do sono, reduzindo o tempo de vigília do RN.

Porém a estimulação tátil pode ser usada como estímulo positivo e preventivo, sem que haja um estímulo negativo ou ameaçador para o RN, como forma de oferecer uma experiência rica em componentes não só proprioceptivos e táteis, mas também afetivos.

O toque realizado durante a contenção aciona mecanorreceptores de baixo limiar nas fibras C Tátil (CT) aferentes do indivíduo, gerando uma cascata de eventos neurobiológicos que atingem áreas específicas do cérebro. Ao oferecer uma entrada aferente distinta do estímulo tátil recebido constantemente na UTIN, a sua condição metabólica do tecido também é afetada e pode promover efeitos interoceptivos (CERRITELLI *et al.*, 2017).

A técnica pode ser utilizada mesmo nos prematuros mais extremos, pois é simples, não demanda um tempo prolongado e apresenta riscos mínimos (HARTLEY; MILLER; GEPHART, 2015).

3.4 O Desenvolvimento Emocional Primitivo

A fim de contextualizar a estruturação psicocorporal do bebê prematuro faz-se necessário compreender o processo de desenvolvimento emocional primitivo. Para tal foram selecionados os teóricos Daniel Stern (1934-2012) – psiquiatra e psicanalista americano e Donald W. Winnicott (1896-1971) – pediatra e psicanalista inglês, importantes estudiosos do início da vida e das primeiras experiências afetivas (STERN, 2007; WINNICOTT, 1990).

Daniel Stern estudou a história inicial do indivíduo a fim de compreender quem era e qual a construção do sujeito que entrava em seu consultório, identificando, ao longo de suas pesquisas, que os primeiros meses e anos eram sempre fundamentais. Por isso trouxe para a literatura seus conhecimentos acerca de conceitos de capacidade de comunicação e interação de bebê, que se identificam com o tema em questão (STERN, 1992; STERN, 2007).

O conceito de senso de eu de Stern trata de experiências subjetivas do bebê, classificadas por idade e tipo de interação que constituem o senso subjetivo do eu e

do outro. Essa construção seria um princípio organizador do desenvolvimento emocional do bebê (STERN, 1992).

O primeiro senso de eu, o eu emergente, desmistifica a capacidade interacional do bebê que se comunica desde o nascimento através do seu gestual, abrindo um campo de afetação e intersubjetividade únicos, onde a mãe ou cuidador de referência criam um afeto que faz com que exista uma dança ritmada de comunicação não-verbal entre eles (STERN, 1992).

A intersubjetividade, outro conceito de Stern, explica a maneira como essa comunicação aproxima o bebê e sua mãe, assim como seus principais cuidadores. A interação acontece naturalmente, até que haja uma verdadeira sensação de pertencimento psicológico que institua o vínculo através de olhares, gestos e sons que vão se tornando conhecidos entre eles. Esse movimento de dança ritmada faz com que passem a se entender de tal forma que alguém de fora desse par ou desse grupo não é capaz de compreender, pois há uma conexão que transcende a simples comunicação (STERN, 2007).

A dificuldade do ambiente da UTIN pode causar uma descontinuidade que dificulta essa a ritmicidade e afinidade para uma boa interação, o que não permite criar uma conexão profunda entre eles. E a continuidade² é fundamental para a saúde emocional do ser (WINNICOTT, 1990; STERN, 2007; ARAGÃO; ZORNIG, 2018).

Para Winnicott, o bebê prematuro não está pronto para viver as experiências como ser humano que, assim como em relação ao corpo, o momento ideal para atingir a maturidade emocional necessária para o RN seria o da idade termo. Descreve em “A Natureza Humana” que as possíveis experiências do bebê no útero poderiam ser sentidas a partir dos seis meses (WINNICOTT, 1990). Em o bebê e suas mães já admite o início dessas experimentações mais precoce e a possibilidade do nascimento nesse período de gestação (WINNICOTT, 2012). Hoje já é bem estabelecido que o movimento e as sensações começam a emergir nas primeiras duas semanas de gestação (KADIC; PREDOJEVIC, 2012) e que, com a tecnologia avançada nas UTIN, é possível que RNs sobrevivam a um nascimento prematuro por volta de 23 semanas de gestação (ALTIMIER; PHILLIPS, 2013; MYRHAUG, *et al.*, 2019).

Esse panorama nos envolve na questão pouco clara de como são os

² Continuidade: processo dinâmico “correspondente ao sentimento de existir por si mesmo, se faz pelo jogo relacional entre bebê e seu outro, em geral a mãe”. É dinâmico, pois gera um ritmo entre presença e ausência continuidade e descontinuidade sem que haja uma ruptura (ARAGÃO; ZORNIG, 2018).

desdobramentos psíquicos que levam ao RN prematuro a ter alterações sócio-afetivas (PERALTA-CARCELEN *et al.*, 2018; HERNANDEZ, 2018; GRAY, 2018). Essas alterações afetam suas relações ao longo da vida. Mas já é claro que algum grau de adaptabilidade é necessário para que o RN saia da UTIN com os menores prejuízos emocionais possíveis, considerando sua condição de risco. Winnicott descreve que um cuidado eficaz nesse período permite uma adaptação ativa ao ambiente (WINNICOTT, 1990).

Winnicott, pediatra, estudou psicanálise a fim de entender melhor seus pacientes pediátricos e ajudar suas mães, pois entendia que o sofrimento não era apenas físico. Através de suas pesquisas, contribuiu com a compreensão da natureza humana, a comunicação do bebê e adquiriu grande importância no estudo da influência do ambiente como fundamental no cuidado. Dentro desse conceito entende-se o primeiro ambiente do bebê como o 'ambiente mãe' (WINNICOTT, 1990; FERREIRA, 2007).

Em 'A Natureza Humana', 1990 Winnicott cita a mudança que a vivência do parto provoca: "uma das mudanças provocadas pelo nascimento é a de que o recém-nascido precisa adaptar-se a algo absolutamente novo, a vivência de estar sendo empurrado de baixo para cima, em vez de contido em toda a sua volta".

A primeira experiência com a gravidade influencia o cuidado de RNs seja ele prematuro ou não (WINNICOTT, 1990). Porém o tônus global imaturo torna a experiência do prematuro ainda mais intensa sem a presença da flexão fisiológica, favorecendo desequilíbrios (FERREIRA; SANTOS, 2016).

No útero, o feto imprime memórias corporais em um meio líquido que atenua os efeitos da gravidade. Isso permite que, ao longo da gestação, haja uma movimentação livre em todas as direções. O líquido amniótico perde lugar para um bebê em crescimento e desenvolvimento que ocupa cada vez mais espaço. Assim a relação do feto com o espaço vai mudando e as tensões passam a proporcionar uma outra experiência que o prematuro não irá vivenciar por completo, mas sim por maior ou menor tempo dependendo do momento em que a gestação foi interrompida (WINNICOTT, 1990; FERREIRA; SANTOS, 2016).

Ao nascimento, o desenvolvimento emocional primitivo saudável caracteriza-se pela construção de um ambiente facilitador. O ambiente facilitador é aquele que possibilita os processos de amadurecimento em um bebê da travessia da dependência absoluta para uma dependência relativa, alcançando o sentimento de

ser e delineando seu longo caminho em direção à autonomia durante a vida (WINNICOTT, 1990; BRUM; SCHERMANN, 2004; DIAS, 2014).

Para Winnicott, o início da formação do ego do bebê baseia-se num ego corporal. Portanto, para que sua vivência resulte na experiência do ego é preciso que suas funções sensório-motoras estejam organizadas. Essa integração de psique e soma bem articulada só é possível através de cuidados suficientemente bons (DIAS, 2014; WINNICOTT, 2005).

Arelado aos cuidados suficientemente bons está o conceito de mãe suficientemente boa. Uma mãe real e imperfeita, mas que atende às necessidades do RN. Ela não precisa ser mais do que boa o suficiente, mas aceita a onipotência do seu filho. Boa para que permita a ilusão, com falhas que permitam a frustração e o encontro com a realidade (ABRAM, 2000).

O momento do nascimento do bebê é especialmente sensível para a mãe. Envolvida com os cuidados de um indivíduo absolutamente dependente, desenvolve uma preocupação materna primária. Essa preocupação lhe coloca num estado tal de sensibilidade exacerbada que permite ao bebê se constituir em uma continuidade do ser (ABRAM, 2000).

Na situação de internação, torna-se muito comum haver a substituição de uma preocupação materno primária, para uma preocupação médico-primária, intelectual e racional. A mãe se vê distante do cuidado com seu bebê e acaba gerando preocupações apenas paramétricas, como o ganho de peso ou quais medicações estão sendo utilizadas, ou se a dieta está progredindo (LIMA; AGUIAR, 2018).

Dessa forma, ancorada em dois teóricos importantes no desenvolvimento emocional primário, pode-se dizer que o prematuro sofre alterações pela qualidade de sofrimento psíquico experienciado por ele nesse momento inicial da vida.

Por fim, ao conhecer melhor o desenvolvimento emocional do bebê pode-se ter uma base para discutir a analogia entre o GDS e a técnica de contenção facilitada, que permite apontar as novas direções trazidas nesse texto.

3.4.1 O toque como investimento psíquico

Esses autores esclarecem que os primeiros cuidados com o RN são vitais no processo de constituição de um ser em contato consigo mesmo. Para Winnicott o

desenvolvimento saudável baseia-se nos primeiros vínculos rumo a integração e à criatividade que o permitem conectar-se com o ambiente em suas relações e experiências (WINNICOTT, 2005).

O toque será um grande mediador da experiência psíquica construindo suas percepções sociais, pois na pele ocorrem eventos de interação que geram pensamentos e sensações (McGLONE; WESSBERG; OLAUSSON, 2014). É na superfície do corpo que o ego irá aprender a pensar (FONTES, 2006 apud FREUD, 1923), através da vivência dos limites de suas fronteiras corporais em um processo que se inicia em um ego corporal até evoluir para seu ego psíquico (FONTES, 2006).

Desta forma, os primeiros toques são ferramentas que irão prepará-lo para o processo de saúde, através das vivências de amparo e conexão. E os primeiros contatos estarão presentes desde o momento do nascimento.

Winnicott (1990) fala do trabalho de parto e expulsão do bebê do útero como “a vivência de estar sendo empurrado de baixo para cima, em vez de contido em toda a sua volta”. Trindade (2016) descreve como sendo um movimento de “enrolar-se e desenrolar-se”, onde o bebê passaria de uma condição segura, em posição fetal, de enrolamento, para um movimento de abertura e extensão onde ele atua ativamente (cabe esclarecer que nesse caso Trindade fala de um trabalho de parto normal).

A partir do nascimento, um bebê saudável conseguiria retornar aos poucos à sua posição de segurança, fletida, de enrolamento (TRINDADE, 2016). Já um bebê prematuro não consegue retomar sozinho a esse estado (FERREIRA, SANTOS, 2016).

Nesse contexto, desde o nascimento o toque torna-se um grande investimento psíquico no cuidado, pois o cuidado gira em torno do ‘segurar’ e manipular. O ‘segurar’ de Winnicott (2012), ou *holding*³, refere-se a amparar, conter, tornar seguro.

A maneira como isso acontece é fundamental para construção dos processos de maturação, da confiança e segurança emocional. Não ser segurado de forma adequada no sentido mais amplo pode quebrar a fácil adaptação do bebê e dificultar seu desenvolvimento (WINNICOTT, 2012).

O bebê prematuro também não terá sempre a chance de ser segurado, por isso

³ Holding: importante termo de Winnicott para designar uma totalidade de cuidado proporcionado pela mãe e sua preocupação materna primária através de um ambiente compatível com as necessidades de seu bebê, protegendo-o e considerando um toque sensível às suas particularidades. Esse ambiente holding permitirá ao bebê viver desenvolver o sentimento de “Eu Sou” (ABRAM, 2000).

investir no toque para ofertar estímulos que o amparem e lhe dêem sensação de segurança torna-se ainda mais importante.

3.5 O método GDS como ferramenta análoga à contenção facilitada

Assim como a ritmicidade dos gestos na comunicação do bebê delineiam a continuidade do ser, o percurso da onda desenha um caminho de gestos e vivências que permitem a boa construção de suas cadeias potenciais delineando sua postura (DENYS-STRUYF, 2016; ARAGÃO, ZORNIG, 2018).

Nutrir as cadeias que permitam ao bebê viver a onda em sua ordem correta pode auxiliar uma reprogramação de suas estruturas psicocorporais básicas (DENYS-STRUYF, 1995).

A descrição de uma das ações que nutre o AM se aproxima da descrição da ação de contenção facilitada, como comparado no quadro 2.

Ao considerar as duas ferramentas como análogas podemos conferir a ação de contorno corporal promovida por um toque mantido como uma estratégia positiva a ser utilizada na UTIN de estímulo sensorio-motor e psicocorporal.

Para entender as evidências dessa estratégia ampliada é preciso compreender como essa resposta sensorial pode conferir ao RN sensações interoceptivas.

Quadro 2 – Descrição das técnicas GDS *versus* Contenção Facilitada

MÉTODO	Cadeias Musculares e Articulares G.D.S.	Convencional - Estimulação Sensório-Motora
AÇÃO	NUTRIÇÃO DA CADEIA AM	CONTENÇÃO FACILITADA
DESCRIÇÃO DA AÇÃO	Posicionar uma mão na pelve, colocando a palma inteira em pleno contato com o bebê, pressionando um pouco o sacro como se fosse convidar a pelve a sentar-se, a descansar em sua mão. A outra mão pode oferecer um breve contato com o topo da cabeça.	Posicionar as mãos em concha, uma no lado posterior da cabeça do bebê, e outra na região posterior do quadril, pressionando suavemente ambas as mãos até que o RN se acalme.
RESULTADO DA AÇÃO	Contorno em torno do bebê	Limites físicos de contorno; posição em flexão, simulando a posição fetal
TOQUE ADEQUADO	O toque adequado é suave, mantido, seguro, generoso, quente, agradável e calmante.	Toque positivo e gentil; estímulos suaves para sistemas sensoriais proprioceptivos, térmicos e táteis
OBJETIVO DA AÇÃO	Vivenciar a cadeia AM, proporcionando ao bebê a sensação de seus limites corporais que vai levar a ele ter uma boa percepção de si	Promover conforto, acalmar, reduzir estresse e dor

Fonte: Elaborado pela autora (2019 com adaptações)

A interocepção é a característica de percepção das sensações internas do corpo, não só musculares como viscerais. As vias responsáveis por essas sensações corporais e que estão diretamente ligadas ao toque afetivo são chamadas fibras C táteis (CT) (McGLONE; WESSBERG; OLAUSSON, 2014; CERRITELLI *et al*, 2017).

As fibras CT são fibras lentas de mecanorreceptores de baixo limiar, amielinizadas, presentes apenas na pele com pelos. No caso do RN prematuro, ao nascimento, ainda é representado pelo lanugo (McGLONE; WESSBERG; OLAUSSON, 2014, McGLONE; REILLY, 2010; CERRITELLI *et al.*, 2017).

Para que os benefícios das técnicas descritas sejam alcançados, não basta tocar o bebê, mas promover um toque adequado que atinja as fibras CT. Há evidências de que bebês autistas tenham alterações no processamento cerebral das vias CT aferentes (McGLONE; WESSBERG; OLAUSSON, 2014).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento é um processo complexo. Por isso é necessário promover um cuidado integral ao bebê internado e potencializar esse processo desde a UTI Neonatal. As diversas consequências da prematuridade também podem estar ligadas a uma má estruturação psicocorporal de cada cadeia construída na onda de crescimento. Essa condição de má construção se dá pelo fato do prematuro sofrer com um corte, uma ruptura no seu processo de continuidade.

Considerando a expansão dos transtornos mentais na sociedade contemporânea (WHO, 2017; GRAY, 2018) torna-se essencial incluir um olhar diferenciado para o desenvolvimento sócio-emocional do RN prematuro a fim de conduzir a esse indivíduo a uma saúde mental satisfatória ao longo da vida.

Por isso é preciso promover estímulos suficientemente bons, capazes de contrabalançar os efeitos deletérios do ambiente da UTIN, de forma a promover uma onda que permita o desenvolvimento de uma estrutura psíquica mais resiliente.

Elucidar possibilidades que justifiquem ou que minimizem essas consequências é nosso dever enquanto profissional de saúde integral. E considerando as diversas teorias que embasam o importante trabalho já realizado no início da vida dentro da UTIN, é fundamental agregar essas informações à equipe multiprofissional no cuidado de atenção integral desse RN, incluindo seu principal cuidador.

Propõe-se que a contenção facilitada seja utilizada em larga escala e, junto ao conceito do método GDS, seja valorizada em seus benefícios não só sensorio-motores, mas também como uma assistência ao desenvolvimento psíquico saudável.

REFERÊNCIAS

ABRAM, J. (org.) **A linguagem de Winnicott**: dicionário de palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ALTIMIER, L.; PHILLIPS, R. The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. **Newborn & Infant Nursing Reviews**, v.13, p. 9–22, 2013.

ARAGÃO, R.O.; ZORNIG, S.A (org.).**Continuidade e descontinuidade no processo de subjetivação do bebê**. São Paulo: Escuta, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru**: manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 11, Série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 173).

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 457-467, 2004.

BUCCI, M. P. *et al.* Spatial and temporal postural analysis in children born prematurely. **Gait & Posture**, v. 57, p. 230–235, 2017.

CAMPIGNION, P. **Aspectos biomecânicos cadeias musculares e articulares G.D.S.**: noções básicas. São Paulo: Summus, 2003.

CERRITELLI, F. *et al.* Effect of continuous touch on brain functional connectivity is modified by the operator's tactile attention. **Frontiers in Human Neuroscience**, v. 11, n. 368, p. 1-10, 2017.

DENYS-STRUYF, G. **Cadeias musculares e articulares**: o método G.D.S. 5. Ed. São Paulo: Summus, 1995 .

DENYS-STRUYF, G. **A estruturação corporal da criança**: A onda de crescimento segundo o método G.D.S. Rio de Janeiro: ICTGDS, 2016.

DENYS-STRUYF, G. **Accompagner nos enfants et préserver L'Enfant en nous**. Bruxelles : Institut des chaînes musculaires et des techniques G.D.S., Bruxelles, 1996 a. (apostila parte do curso de formação do método GDS)

DENYS-STRUYF, G. **Les chaînes musculaires et articulaires méthode G.D.S.** : L'Enfant. Bruxelles : Institut des chaînes musculaires et des techniques G.D.S., Bruxelles, 1996 b. (apostila parte do curso de formação do método GDS)

DENYS-STRUYF, G. **Reflexions pour un petit premature**. Bruxelles : Institut des chaînes musculaires et des techniques G.D.S., Bruxelles, 1990. (apostila de formação do método GDS)

DIAS, E. O. **A teoria de amadurecimento de D. W. Winnicott**. 3. ed. São Paulo: DWW editorial, 2014.

EVERSON, T. M. *et al.* Epigenome-wide analysis identifies genes and pathways linked to neurobehavioral variation in preterm infants. **Nature Scientific Reports**, v. 9, n. 6322, 2019.

FERREIRA, A. M (org.). **Espaço potencial Winnicott: diversidade e interlocução**. São Paulo: Landy, 2007.

FERREIRA, H. C.; SANTOS, R. S. S. Posição prona em pediatria e neonatologia. In: NICOLAU, C.; ANDRADE, L. B. (org.) **PROFISIO: Programa de Atualização em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal**. Rio de Janeiro: Artmed Panamericana, 2016. (ciclo 5).

FONTES, I. A ternura tátil: o corpo na origem do psiquismo. **Psychê**, v. 10, n. 17, p. 109-120, 2006.

FREUD, S. **Le moi et le Ça**. (1923). In: FREUD, S. *Essais de Psychanalyse*. Paris: Petit Bibliothèque. Payot, 1981.

GRAY, P. H. *et al.* Social-emotional development in very preterm infants during early infancy. **Early Human Development**, v.121, p. 44–48, 2018.

HARTLEY, K. A.; MILLER, C. S.; GEPHART, S. M. Facilitated tucking to reduce pain in neonates: evidence for best practice. **Advances in Neonatal Care**, v. 15, n. 3, p. 201-208, 2015.

HERNANDEZ, A. L. The impact of prematurity on social and emotional development. **Clin Perinatol**, p. 01-07, 2018.

INOUE, H. *et al.* Neurodevelopmental outcomes in infants with birth weight ≤ 500 g at 3 years of age. **Pediatrics**, v.142, n. 6, 2018.

KADIC, A. S.; PREDOJEVIC, M. Fetal neurophysiology according to gestational age. **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**, v. 17, n. 5, p. 256-260, 2012.

LAMY, Z. C. *et al.* Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso- Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 659-668, 2005.

LICKLITER, R. The integrated development of sensory organization. **Clin Perinatol.**, v. 38, n. 4, p. 591-603, 2011.

LIMA, P. B. R. ; AGUIAR, H. C. A difícil parentalidade na prematuridade extrema: o trabalho da psicologia no vínculo pais-bebê. **TRIEB**, v. 17, n. 1 e 2, p. 69- 72, 2018.

MACIEL, H. I. A., *et al.* Medidas farmacológicas e não farmacológicas de controle e tratamento da dor em recém-nascidos. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 31, n.1, p: 21-26, 2019.

McGLONE, F.; REILLY, D. The cutaneous sensory system. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 34, p.148–159, 2010.

McGLONE, F.; WEISSBERG, J.; OLAUSSON, H. Discriminative and affective touch: sensing and feeling. **Neuron**, v. 82, p. 737- 755, 2014.

MYRHAUG, H. T. *et al.* Survival and impairment of extremely premature infants: a meta-analysis. **Pediatrics**, v. 143, n. 2, 2019. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Born Too Soon: The global action report on preterm birth.** Geneva: WHO, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: global health estimates.** Geneva: WHO, 2017.

RIDDELL, R. R. P. *et al.* Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 12, n. 6275, 2015.

PERALTA-CARCELEN, M. *et al.* Behavioral and socioemotional development in preterm children. **Clin Perinatol.**, p. 09-18, 2018.

PIRES, F. A. R. **Criatividade no processo de amadurecimento em Winnicott.** 2010, f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2010.

PITCHER, J. B. *et al.* Motor System Development of the Preterm. **Clin Perinatol.**, v. 38, p. 605–625, 2011.

SALMANI, N. *et al.* Effect of facilitated tucking created with simulated hands on physiological pain indicators during venipuncture in premature infants. **Iranian Journal of Neonatology**, v. 8, n. 4, p. 07-12, 2017.

SMITH, J. R. *et al.* A randomized-controlled trial: pilot study examining the neurodevelopmental effects of a 5-week m technique intervention on very preterm infants. **Advances in Neonatal Care**, v. 14, n. 3, p. 187-200, 2014.

STERN, D. **O momento presente na psicoterapia e na vida cotidiana.** Rio de Janeiro: Record, 2007.

STERN, D. **O mundo interpessoal do bebê.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TOBIAS, C. C. **Perfil do desenvolvimento de crianças de seis a dezoito meses em creches públicas e privadas do estado do Rio de Janeiro.** 2017. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Perinatal) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Rio de Janeiro, 2017.

TRINDADE, A. **Gestos de cuidado, gestos de amor: Orientações para o desenvolvimento do bebê.** 3ed., São Paulo: Summus, 2016.

UNGIER, R.; UNGIER, A. Uma abordagem GDS sobre a construção da imagem do corpo da criança. **Olhar GDS**, n.3, p. 5-11, 2009.

VALIZADEH, L. *et al.* The effects of flexed (fetal tucking) and extended (free body) postures on the daily sleep quantity of hospitalized premature infants: a randomized clinical trial. **Journal of Research in Medical Sciences**, p. 01-08, 2016.

WINNICOTT, D. W. Os bebês e suas mães. 4 ed., São Paulo: WMF, 2012.

WINNICOTT, D. W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. 4 ed., São Paulo: Martins Fontes, 2005; 282p.

ZOMIGNANI, A. P.; ZAMBELLI, H. J. L.; ANTONIO, M. A. R. G. M. Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. **Revista Paulista Pediatria**, v. 27, n. 02, p. 198-203, 2009.