



Universidade Federal do Rio de Janeiro

Maternidade-Escola

Curso de Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil

**A Psicomotricidade e as possíveis contribuições para o cuidado
em UTI Neonatal: uma perspectiva interdisciplinar**

Eleonora Oliveira Filgueiras

Orientadora: Prof^a. Denyse Telles da Cunha Lamego
Co-orientador: Prof. Dr. Marcus Renato de Carvalho

Rio de Janeiro, Julho de 2007.

MAN
EOF
2007

U.F.R.J
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA JORGE DE REZENDE
C. ADM. 713978
SISTEMA 713978
LOG. BARRA

UFRJ
Maternidade-Escola

561745

Resumo (OK)



Universidade Federal do Rio de Janeiro

Maternidade-Escola

**A Psicomotricidade e as possíveis contribuições para o cuidado
em UTI Neonatal: uma perspectiva interdisciplinar**

Monografia apresentada e aprovada no Curso
Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-
Infantil da Maternidade-Escola da UFRJ como parte
dos requisitos para a obtenção do título de
Especialista.

Eleonora Oliveira Filgueiras

Orientadora: Prof^a. Denyse Telles da Cunha Lamego
Co-orientador: Prof. Dr. Marcus Renato de Carvalho

Rio de Janeiro, Julho de 2007.

Dedico esse trabalho:

Ao meu filho Tom, que também precisou, tão precocemente em sua vida, dos cuidados de uma unidade de tratamento intensivo!

Ao Luiz Antônio, companheiro no Amor e na luta!

AGRADECIMENTOS

A minha família pelo apoio, sempre.

Ao Dr. Marcus Renato de Carvalho, por apoiar, desde o início, nosso projeto de inserir a psicomotricidade no campo do cuidado neonatal.

À direção da Maternidade Escola da UFRJ, que permitiu a implementação do projeto piloto de Psicomotricidade na UTI Neonatal e UI.

À Dra Miriam Peres, por abrir as portas da UTI Neonatal e UI para o desenvolvimento de nosso trabalho.

À Dra Luiza Galvano por seu grande apoio e a toda a equipe da UTI Neonatal e UI da Maternidade-Escola, pela troca e pelo aprendizado.

À Anna Paula Freitas da Costa e Raphaela Queiroz Márquez, amigas queridas e companheiras na criação, elaboração e implementação do projeto.

À professora Sono e aos membros do AME pelo encontro carinhoso e por todo o apoio.

Aos professores Marcus Renato de Carvalho, Miriam Pirim e Marisa Scahrgel Maia pela criação do Curso de Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, que abre um importante espaço de produção de conhecimentos e de reflexão sobre a necessidade de um cuidado em saúde mais ético, humano e integral.

À minha querida orientadora Professora Denyse Telles da Cunha Lamego, sem a qual não seria possível realizar esse trabalho.

À Dra Martha Cristina Nunes Moreira por aceitar o convite para fazer parte da minha banca com as suas inestimáveis contribuições.

Resumo

Muitos recém-nascidos precisam dos cuidados de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal devido a prematuridade ou quadros de adoecimento. Embora necessária nesses casos, a internação em idade precoce pode acarretar uma série de comprometimentos no desenvolvimento neuropsicomotor da criança, devido ao excesso de estímulos inadequados e escassez daqueles que seriam favoráveis.

O objetivo desta monografia é discutir a inserção do psicomotricista como agente profilático do desenvolvimento no campo da UTI Neonatal, numa perspectiva interdisciplinar.

Buscamos a orientação da metodologia qualitativa (Minayo, 1992; Oliveira, 1998) para realizarmos uma reflexão sobre uma prática desenvolvida na Maternidade Escola da UFRJ. Para tal, nos apoiamos no referencial teórico da Psicomotricidade, nas teorias do desenvolvimento do recém-nascido, nos estudos sobre a UTI Neonatal e no referencial da interdisciplinaridade.

Os resultados apontam para algumas dificuldades encontradas e para a busca de novas alternativas desenvolvidas em direção à construção de um trabalho interdisciplinar com a equipe de saúde nesse campo.

Palavras-chave: UTI-Neonatal – prematuridade - psicomotricidade - interdisciplinaridade

ABSTRACT

A great number of newborns need Neonatal Intensive Care Unit (ICU) care due to prematurity or sickness. Although necessary in these cases, internment at precarious age may compromise a child's neuropsychomotor development, due to excess of inadequate stimulation and scarceness of those which would be favorable.

The aim of this monograph is to discuss the insertion of the psychomotricist as a prophylactic agent of development in Neonatal ICU, in an interdisciplinary perspective.

We have taken orientation from qualitative methodology (Minayo, 1992; Oliveira, 1998) aiming reflexion on a practice developed in *Maternidade Escola da UFRJ* (School Maternity Hospital of Federal University of Rio de Janeiro). For that purpose, we have taken support from the theoretical referential of Psychomotricity, from the theories on the newborn's development, from the studies on Neonatal ICU and from interdisciplinary references.

The results point out to some difficulties and to the search of new alternatives towards the construction of an interdisciplinary work with the medical staff on this field.

Keywords: neonatal ICU – prematurity – psychomotricity – interdisciplinary

SUMÁRIO

Introdução	9	
- Objetivos	11	
- Justificativa	12	
- Metodologia	13	
→ Capítulo I: Conhecendo o Recém-Nascido, o Recém-Nascido	14	
Prematuro e a UTI Neonatal	14	
1.1) O recém-nascido: necessidades e competências	14	14 a 20
1.1.1) Os estados de consciência	14	
1.1.2) Tato, contato, colo e <i>holding</i>	18	
1.1.3) A visão e as interações através olhar	21	
1.1.4) Competências auditivas e a palavra dirigida ao recém-nascido	23	
1.1.5) A movimentação, as expressões corporais e faciais	24	
1.2) A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal	26	
1.2.1) O ambiente e seus estímulos – repercussões no recém-nascido	28	26 a 36
1.2.2) Os pais do bebê	31	
1.2.3) A equipe	34	
1.2.4) Estratégias de manejo do recém-nascido: promovendo o bem-estar e protegendo o desenvolvimento	36	
Capítulo II: Considerações sobre Psicomotricidade e Interdisciplinaridade	40	
2.1) A psicomotricidade como característica própria do desenvolvimento humano	40	
2.2) Princípios fundamentais da psicomotricidade e suas esferas de atuação	41	
2.3) A psicomotricidade e a interdisciplinaridade	46	46 a 72
Capítulo III: Possíveis contribuições da psicomotricidade para o cuidado em UTI Neonatal a partir de uma perspectiva interdisciplinar: breve relato de uma experiência	50	
- A implantação do projeto	50	
- A interface com a equipe de saúde: caminhos para a construção de um trabalho interdisciplinar	52	
- A abordagem dirigida aos pais	65	
- Em busca de um lugar institucional	67	
Capítulo IV: Considerações Finais	69	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72	

INTRODUÇÃO

Os grandes avanços das áreas biomédicas, sobretudo no que diz respeito a procedimentos e tecnologias de ponta, vêm conferindo à medicina contemporânea, cada vez mais, um caráter (principalmente para o senso comum e bastante reforçado pela mídia) de uma ‘ciência capaz de produzir milagres’.

A sociedade atual tem seu dia-a-dia freqüentemente permeado por notícias de feitos espetaculares jamais imaginados até poucos anos atrás. Contrastando-se às referidas notícias, observa-se uma precariedade de discussões, com a mesma sociedade, sobre as questões bioéticas que atravessam constantemente este novo mundo da medicina.

Entre os numerosos campos da saúde em que a sofisticação tecnológica recebeu fortíssimos investimentos nas últimas décadas encontra-se a Neonatologia, sub-especialidade da Pediatria que se ocupa das intercorrências relativas ao período neonatal (DUTRA, 2006).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal figura atualmente como a ‘estrela’ dos serviços de Neonatologia, por permitir a sobrevivência de bebês antes considerados inviáveis: muitos por serem portadores de doenças, malformações ou síndromes, e outros tantos devido ao nascimento pré-termo. Especificamente no caso desses últimos a possibilidade de sobrevivência torna-se cada vez maior em idades gestacionais e com pesos cada vez menores.

A despeito da diminuição das taxas de mortalidade desses recém-nascidos as taxas de morbidade vêm sendo um desafio inquietante para os profissionais que se ocupam da saúde do neonato. (*idem*).

Assim, esses bebês vêm ao mundo como os novos pacientes, com necessidades e demandas muito específicas, tornando imperativas as constantes buscas para o aprimoramento de seus cuidados. Dentro desse cenário encontra-se uma gama de profissionais preocupados com a

qualidade do ambiente oferecido aos recém-nascidos durante a internação e com as repercussões desta em seu desenvolvimento.

No âmbito da Saúde Coletiva, vem ocorrendo o movimento de humanização dos cuidados e da assistência. Trata-se de uma questão cada vez mais debatida, problematizada e definida como prioridade através de iniciativas, pesquisas, programas e políticas, que vêm agregando aos avanços das áreas médicas, uma atuação do profissional voltada para a qualidade das relações e valores humanos (DESLANDES, 2006).

Nesse contexto é enfocada a qualidade das relações estabelecidas nos atendimentos especialmente no que se refere ao acolhimento, à empatia, ao respeito à individualidade do paciente, à escuta e esclarecimento de informações sobre a doença e seu tratamento. A humanização pode, assim, ser encarada como um contraponto importante à crescente valorização da técnica anteriormente mencionada.

O interesse pelas referidas questões surgiu a partir de nossa experiência anterior, ainda no período de graduação, em uma unidade pública de referência no âmbito do ensino, pesquisa e assistência à saúde materno-infantil, em que atuamos junto a bebês, crianças e seus familiares pela via do *brincar* em uma perspectiva de *atenção integral*.

A motivação pelo tema da hospitalização em idade precoce nos levou a criar o Projeto Piloto intitulado “*Psicomotricidade em UTI Neonatal: uma Abordagem Nova e Indispensável aos Cuidados com o Bebê Internado*”, que foi apresentado à Maternidade-Escola (M.E.) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em Março de 2004, e desenvolvido na UTI Neonatal e Unidade Intermediária (UI) desta instituição.

O objetivo principal do referido projeto piloto foi inserir a Psicomotricidade como instrumento profilático dos transtornos psicomotores originados pela experiência de internação

em UTI Neonatal. Desta experiência, ocorrida entre Março de 2004 e outubro de 2006, foram surgindo novos questionamentos.

O presente trabalho apresenta como objeto “*a investigação dos limites e possibilidades da intervenção do psicomotricista no cuidado em UTI Neonatal*”. Partimos do pressuposto de que o psicomotricista pode ser um facilitador da relação pais-bebê e instrumentalizar a equipe de saúde com os recursos teórico-práticos da Psicomotricidade, contribuindo para a formação e a atuação desses profissionais.

- Objetivos

O objetivo geral deste estudo é definir o campo de atuação da Psicomotricidade em UTI Neonatal, estabelecendo as interfaces possíveis com o cuidado em Neonatologia, dentro de uma proposta de atuação interdisciplinar.

Objetivos específicos:

- Apresentar as especificidades do recém-nascido a termo e pré-termo, discutindo suas necessidades, competências e as estratégias possíveis de ação/intervenção profiláticas em saúde neonatal;
- Apresentar alguns princípios que fundamentam a Psicomotricidade e sua possível inserção no campo da atenção em saúde neonatal, numa perspectiva interdisciplinar;
- Realizar uma análise crítica sobre as possibilidades de atuação do psicomotricista em UTI Neonatal, a partir da experiência vivenciada no projeto desenvolvido na Maternidade Escola/UFRJ.

- Justificativa

É possível encontrar atualmente um número significativo de conhecimentos sobre o recém-nascido, que ressaltam sua enorme capacidade adaptativa, bem como a importância das primeiras relações vivenciadas pelo bebê para o seu desenvolvimento ao longo da vida. Dessa forma é colocada em destaque, cada vez mais, a importância das ações de saúde em idade precoce.

Observamos, em nossa atuação profissional, que grande parte da população de crianças encaminhadas para o atendimento de psicomotricidade em idade escolar, possui em seu histórico, intercorrências relativas ao período neonatal ou aos dois primeiros anos de vida.

Apesar de a internação em UTI Neonatal ser vital para recém-nascidos prematuros ou bebês adoecidos e/ou portadores de malformações e síndromes, ela pode se configurar como um fator de risco a mais para o bom desenvolvimento psicomotor da criança. Isso ocorre porque este ambiente expõe o neonato a uma sobrecarga de estimulação constante e, ao mesmo tempo, promove uma privação de outros estímulos que seriam adequados.

A psicomotricidade como uma área que se ocupa do desenvolvimento humano e que privilegia as vias não-verbais de expressão e interação, que são próprias do bebê, pode trazer contribuições importantes de ações profiláticas junto ao recém-nascido hospitalizado.

A relevância deste estudo se encontra no fato de termos identificado uma escassez de literatura específica sobre o papel do psicomotricista no campo dos cuidados intensivos em neonatologia. Além disso, o presente trabalho procura introduzir discussões sobre os limites e possibilidades de uma relação de trabalho interdisciplinar, através da reflexão sobre uma prática. Buscando, assim, ajudar a promover uma maior aproximação entre dois campos novos um para o outro: a uti-neonatal e a psicomotricidade.

CAPÍTULO I: Conhecendo o Recém-Nascido, o Recém-Nascido Prematuro e a UTI Neonatal.

1.1) O recém-nascido: necessidades e competências

Pensar os cuidados humanizados com o recém-nascido envolve, necessariamente, compreendê-lo como um ser competente capaz de interagir e expressar suas necessidades. Durante séculos acreditou-se que os bebês não tinham, ao nascer, uma percepção do mundo à sua volta e somente o choro era reconhecido como uma forma primitiva de comunicação.

1.1.1) Os estados de consciência

Klaus e Klaus (1989) situam o início de uma mudança na concepção do recém-nascido a partir de meados de 1960. Um importante passo nesse sentido foi dado através da sistematização dos estados de consciência do neonato feita por P. Wolff e H. Prechtl a partir de longas observações de vários bebês e de registro das frequências cardíaca e respiratória e de ondas cerebrais.

Foram então classificados seis estados de consciência, que podemos observar nos recém-nascidos. Cada um desses estados possui suas próprias características que se configuram como pano de fundo para determinados comportamentos esperáveis do bebê. São eles: o estado de *inatividade alerta*, em que o bebê se encontra atento, com a movimentação diminuída, receptivo e responsivo nas interações; o *alerta ativo*, em que a movimentação do bebê é freqüente, ele emite sons e seu olhar investiga o ambiente a sua volta; o *choro* com contrações e rubor da face, emissão de gemidos ou gritos e movimentação vigorosa dos membros; o *sono tranquilo*, em que

a face e o corpo do bebê aparecem profundamente relaxados com pouca ou nenhuma movimentação e a respiração é regular; o *sono ativo*, que se alterna com o tranqüilo e apresenta a respiração mais rápida, irregular, movimentos dos olhos sob as pálpebras, movimentos corporais, bucais e mímica facial e o *torpor*, que é uma transição entre vigília e sono (*idem*).

O conhecimento desses estados, assim como dos comportamentos associados a eles é uma extraordinária ferramenta para uma interação bem sucedida com o recém-nascido. Em contrapartida querer impor ao bebê uma rotina de cuidados desconsiderando seus estados de consciência ou tentar extrair dele respostas comportamentais contraditórias, pode ser uma experiência extremamente desorganizadora para o recém-nascido e frustrante para o adulto, além de tornar o cuidado muito mais trabalhoso.

O estado ideal para a observação das competências de percepção e interação do neonato é o estado de *inatividade alerta*. Quando nele se encontra o bebê tem a movimentação diminuída, a sucção se interrompe, o olhar permanece vivo, brilhante e focado nos olhos do interlocutor, ele se mostra atento e bem acomodado no contato corporal com o adulto (KLAUS E KLAUS, *op cit.*).

Em um nascimento tranqüilo, sem intercorrências, em condições favoráveis para o contato mãe-bebê, o recém-nascido passa um período significativamente longo (cerca de 40 minutos da primeira hora de vida) no estado de *inatividade alerta*. É uma condição em que o neonato parece estar preparado para conhecer seus pais (*idem*).

No caso dos recém-nascidos pré-termo, embora os estados de consciência (e os comportamentos associados) já estejam presentes, são mais difíceis de se observar, pois as nuances das variáveis fisiológicas e comportamentais são mais sutis.

A adaptação ao meio aéreo é um desafio mesmo para o recém-nascido a termo e em boas condições de saúde, pois conforme explica Dutra (2006) “(...) os substratos energéticos e nutricionais, até então fornecidos pela mãe, passam a ser responsabilidade do feto, assim como

as trocas gasosas” (p.32). Nos casos de prematuridade são necessários esforços ainda maiores para que os bebês possam dar conta da imensa gama de adaptações que o nascimento envolve.

As dificuldades dessa batalha pela vida serão tanto maiores, quanto menor for a idade gestacional do recém-nascido, devido à imaturidade dos sistemas como o cardiovascular, o respiratório, o endócrino-metabólico e o nervoso central (*idem*). Assim, o controle das funções vitais envolve um dispêndio energético bem maior do que em um nascimento a termo e sem intercorrências.

O tempo de permanência do prematuro em cada estado de consciência durante um dia é variável de acordo com a idade gestacional. Além disso, deve se levar em conta o ambiente da UTI Neonatal, com seus estímulos, como um fator de considerável influência na manutenção dos estados de consciência do bebê.

Quando as solicitações ambientais sobrecarregam o recém-nascido, isto é, quando os estímulos se tornam excessivos, o bebê pode apresentar um comportamento que se caracteriza por uma diminuição gradativa das respostas até se encontrar em um estado que se assemelha ao *sono tranqüilo*. Trata-se da *habituação*, um mecanismo defesa, de proteção do sistema nervoso do bebê. (BRAZELTON, 1992).

Apesar de parecer que estão dormindo, os recém-nascidos nesse estado não estão relaxados, ao contrário, apresentam tensão e flexão dos membros e os olhos não se movem dentro das pálpebras, como aconteceria no estado de sono, além disso, qualquer agitação repentina no ambiente provoca alterações em sua frequência cardíaca. A *habituação* envolve uma possibilidade de regulação do recém-nascido sobre seus estados de consciência. (*idem*)

Bebês prematuros, adoecidos ou fazendo uso de certos medicamentos podem apresentar dificuldades em lançar mão da *habituação* para lidar com o excesso de estímulos. Isso porque seu sistema regulatório privilegia um gasto de energia maior para a manutenção das funções do

sistema autônomo, já que nele estão incluídas a frequência cardíaca, respiratória e regulação da temperatura, entre outros. Depois deste, o sistema motor é o que demanda o maior dispêndio energético com a manutenção do tônus. Desse modo, a capacidade do prematuro de lidar com as solicitações do ambiente mostra-se menor que a do bebê a termo e, qualquer exigência a mais nesse sentido, pode desorganizá-lo (*idem*).

Assim, perceber os estados adequados para cuidar, intervir ou interagir com o prematuro pressupõe um olhar ainda mais acurado, por parte do adulto, do que o necessário ao se lidar com o bebê a termo. O neonato, mesmo prematuro, demonstra seu desconforto com o excesso de estímulos através de determinados sinais de estresse como: aumento da movimentação, choro, soluço, tremor, bocejo ou tosse (MOREIRA *et al.*, 2003).

É preciso ter em mente as características do ambiente em que este bebê estaria se desenvolvendo, não fosse a ocorrência da prematuridade: o útero materno. De acordo com Klaus e Klaus (*op cit.*) “o mundo do feto humano é vivo, com atividade, com ritmos especiais, com movimentos que têm objetivos, com sentidos que estão começando a funcionar (...) e com respostas complexas às emoções e ações de sua mãe” (p: 122).

Nesse ambiente o feto dá início ao desenvolvimento de competências que ao nascer serão seus recursos de conhecimento e adaptação ao meio externo. A estimulação recebida pelo feto durante seu crescimento intra-útero o atinge de forma amenizada e adequada ao seu desenvolvimento, o estímulo sonoro, por exemplo, chega ao bebê com uma atenuação, pois as ondas sonoras propagam-se por meio líquido e sólido. Da mesma forma, os estímulos visuais são filtrados (claro-escuro e contrastes de sombras), pois a luminosidade que penetra no útero é mínima (SABOYA, 1995).

1.1.2) Tato, contato, colo e *holding*

De acordo com Montagu (1988) o sentido do tato é o primeiro a se desenvolver no ser humano, ainda no período embrionário, com menos de seis semanas de vida. O autor afirma que a ectoderme (camada de células embrionárias, que envolve todo o corpo do embrião) é origem tanto da pele e dos outros órgãos dos sentidos (audição, visão, olfato, paladar) como do sistema nervoso. Montagu explica que:

O sistema nervoso central (...) desenvolve-se como a porção da superfície geral do corpo embrionário que se vira para dentro. O restante do revestimento de superfície (...) torna-se a pele e seus derivados. (...) Portanto, o sistema nervoso é uma parte escondida da pele ou, ao contrário a pele pode ser considerada como a porção exposta do sistema nervoso (*op.cit.*, p. 22-23).

O envolvimento constante por líquidos e tecidos durante a vida fetal na visão de Klaus e Klaus (*op cit.*) é uma forma de *carícia* recebida nesse período e isso faz com que, ao nascer, os bebês sintam necessidade de ser *tocados, abraçados e aninhados* e os adultos (particularmente os pais) respondem a esta necessidade de forma ‘natural’, parecendo haver uma preparação mútua para esse tipo de interação.

Sobre a forma de interagir e cuidar ‘natural e intuitiva’ em relação ao recém-nascido é Winnicott (1999) quem descreve o processo de identificação pelo qual, se tudo estiver transcorrendo normalmente, a mãe passa durante os nove meses de gestação e nas primeiras semanas após o parto.

Enquanto o feto se desenvolve, a mãe se envolve com ele de tal forma que, quando o bebê nasce, ela é dotada de uma capacidade *especializada* de compreensão das suas necessidades, desde as mais óbvias como a fome, até as mais sutis como, por exemplo, as de “(...) *ser mudado*

de posição [pego no colo, ou] *deixado a sós (...)*" (WINNICOTT, *idem*, p.5).

Para descrever o tipo de acolhimento fornecido pela mãe durante esta fase, Winnicott inaugura o conceito de *holding* proveniente do verbo inglês *hold* que pode ser traduzido, entre outros significados, por: *segurar* ou *conter* (LAROUSSE, 2005).

Na teoria de Winnicott (*op cit.*) o *holding* abrange "*(...) tudo aquilo que nessa ocasião uma mãe é e faz*" (p.4). É o acolhimento oferecido pelo ambiente, que nesse momento é a própria mãe, permitindo que o bebê tenha vivências de *integração*. As repetidas experiências nesse sentido têm o efeito de promover o que o autor chama de "*ambiente de facilitação*", que fornece ao bebê os alicerces de seu desenvolvimento emocional. Nas palavras do autor "... *os fundamentos da capacidade que o bebê tem de sentir-se real. Com esta capacidade o bebê (...) pode continuar a desenvolver os processos de maturação que ele ou ela herdaram*" (p.5).

Muito embora Winnicott (*idem*) se refira ao termo *holding* estendendo seu significado para toda forma de cuidado sustentador, ele afirma que: "*O protótipo de todos os cuidados com os bebês é o ato de segurá-los*" (p. 30) e ressalta a grande sensibilidade que os bebês têm à forma como são segurados.

O autor nos fala de "*um tipo de necessidade que só o contato humano pode satisfazer [e que a não resposta a essa necessidade sujeita os bebês] às mais terríveis ansiedades que se possa imaginar (...)* [descreve tais ansiedades como sensações de] *ser feito aos pedaços, cair para sempre, morrer, morrer e morrer, perder todos os vestígios de esperança de renovação de contatos*" (pp. 75-76).

Em contrapartida, quando o bebê é assistido nas necessidades de contato ocorre uma transformação dessas sensações devastadoras em vivências prazerosas, assim:

Ser feito aos pedaços, por exemplo, passará a ser uma sensação de relaxamento e repouso se o bebê estiver em boas mãos; cair para sempre se transforma na alegria de ser carregado, e no entusiasmo e prazer que decorrem do movimento; morrer, morrer e morrer passam a ser a deliciosa consciência de estar vivo, (...) a perda da esperança (...) se transformará em segurança, de que, mesmo quando a sós, o bebê tem alguém que se preocupa com ele (p. 76).

Dentro do útero o feto tem experiências de estimulações tátil e vestibular integradas através da movimentação e mudanças de posição do corpo da mãe no espaço, pois ele percebe ao mesmo tempo a sensação do movimento e as variações de pressão sobre seu corpo. (SABOYA, 1995).

Nesse ponto é importante ressaltar a importância do colo como tato e contato, tanto no que diz respeito ao conforto - pela repetição das experiências intra-uterinas de envolvimento constante - quanto no que diz respeito ao desenvolvimento físico e emocional do recém-nascido, considerando o estágio de extrema dependência em que ele se encontra. Em termos sensoriais, a estimulação recebida pelo recém-nascido quando pego no colo se configura como uma integração de sentidos, em especial no que se refere aos sistemas tátil e vestibular.

A ausência de movimentação quando o recém-nascido é colocado em um berço ou incubadora, pode desencadear vivências de angústia, que Leboyer (1995) assim descreve: “... *passada a tempestade do nascimento, eis a criança sozinha no berço (...) Nada mais se mexe! Deserto. (...) Repentinamente o mundo ao redor congelou-se, coagulou-se, numa imobilidade completa e terrível*” (pp.14-15). Uma das formas apontadas por Klaus e Klaus (*op cit.*) de tranquilizar o bebê e fazer com que ele mude do estado de **choro** para o de **inatividade alerta** é o ato de pagá-lo no colo e colocá-lo encostado no ombro do adulto. Os autores afirmam que é o deslocamento feito durante esta mudança de posição do corpo do bebê no espaço que tem a capacidade acalmá-lo.

Montagu (*op cit.*) afirma que pegar o recém-nascido, (inclusive o prematuro) da maneira

anteriormente descrita, além do efeito tranqüilizador, favorece o comportamento de exploração visual e de aprendizagem sobre o ambiente. O autor se refere a experimentos que mostram que é a estimulação vestibular pela movimentação de levar o bebê ao colo, mais do que o contato e a posição em si, que propiciam melhoria na conduta de exploração visual do ambiente.

1.1.3) A visão e as interações através olhar

As competências visuais do recém-nascido aparecem não apenas como um comportamento de investigação do ambiente, mas também como forma de interação e comunicação. De acordo com Mellier (2001) o bebê distingue configurações espaciais e suas condutas visuais são funcionais desde o nascimento. Estudos de fixação visual dos recém-nascidos demonstram que o neonato tem preferências visuais, tais como: atração pelo contraste claro-escuro, por figuras mais detalhadas complexas em detrimento das mais simples e por figuras arredondadas. Os bebês demonstram estas preferências não apenas fixando o olhar, mas levantando a pálpebra e parando de sugar (KLAUS E KLAUS, *op cit.*). Os autores afirmam, ainda, ser possível alterar um estado de choro ou sonolência do bebê para o estado de *inatividade alerta* modificando o estímulo visual a ele apresentado.

Atualmente são conhecidas diversas aptidões do neonato relacionadas ao olhar, como a capacidade de seguir visualmente uma figura de rosto humano, quando esta lhe é apresentada com as posições dos olhos e boca de forma correta, a capacidade de memorizar a foto de um rosto que lhe é apresentada repetidas vezes e o comportamento de imitar - desde o primeiro dia de vida - movimentos e mímicas faciais, que ele repete de maneira não automática. Trata-se de capacidades relacionadas a uma atração primária do recém-nascido pelo rosto humano, em

especial pelo rosto da mãe, que ele demonstra preferir em comparação a outros rostos (MELLIER, 2001).

De maneira recíproca o adulto demonstra não apenas atração pelo olhar e rosto do bebê, mas uma compreensão dos sinais de comunicação básicos emitidos através de seu olhar (*idem*). O olhar do bebê aliado a outras características faciais como a forma do rosto é, de acordo com Klaus e Klaus (*op cit.*), especialmente atraente para os adultos. Os autores consideram que a comunicação através do olhar e o forte interesse que este tipo de contato desperta tanto no bebê como no adulto, (especialmente nos pais) criam oportunidades ricas de experimentação, descoberta e interação entre eles.

É importante ressaltar que ao nascimento a acomodação visual do bebê só é possível para imagens apresentadas a uma distância de vinte a vinte e cinco centímetros, já que eles nascem míopes. Objetos apresentados a uma distância maior ou menor que esta perdem a nitidez. É aproximadamente a esta distância que o bebê vê o rosto da mãe durante a amamentação, proporcionando à dupla um enriquecimento na interação durante esta experiência (KLAUS & KLAUS, *op cit.*).

Winnicott (1978) fala da função de espelho que o olhar da mãe assume nesse tipo de interação. Neste estágio do desenvolvimento em que o bebê ainda não possui uma percepção de si diferenciada do ambiente, o que ele vê nos momentos de troca de olhares com a mãe é a si mesmo. Tais momentos promovem uma vivência de integração no bebê, que fornece apoio para que, aos poucos, ele desenvolva uma percepção de si, como unidade separada do outro.

Os recém-nascidos prematuros com idade gestacional a partir de trinta semanas, em geral se encontram aptos para breves interações através do olhar. É importante, entretanto, estar atento aos sinais de cansaço anteriormente mencionados para que a tentativa de comunicação não se torne uma sobrecarga. (BRAGA E MORSCH, *op cit.*).

1.1.4) Competências auditivas e a palavra dirigida ao recém-nascido

A percepção auditiva, tal como as dos sentidos anteriormente mencionados, tem seu início no período pré-natal. Boysson-Bardies (1999) afirma que: “... o sistema auditivo do feto é funcional desde a vigésima quinta semana de gestação” (p.18). Desde este período até o nascimento ocorre o que o autor chama de *modelagem pré-natal*, que instrumentaliza o feto para competências de percepções auditivas *sofisticadas*, que podemos observar no bebê recém-nascido.

Ainda em sua vida intra-uterina o feto demonstra reações que indicam capacidades de fazer distinções entre sons que lhe são familiares e os que não são, demonstram também percepções de intensidade e altura e da direção de onde vêm os sons (KLAUS & KLAUS, *op cit.*).

Ao nascer os bebês apresentam uma responsividade à voz humana significativamente maior do que a outros tipos de sons. Pesquisas conduzidas por De Casper mostraram as preferências auditivas do neonato por vozes femininas e, entre elas, pela voz da mãe. De Casper também mostrou que, ao nascer, o bebê demonstra possuir memória auditiva de histórias contadas pela mãe nas últimas seis semanas de gestação. A preferência pela história conhecida prevalecia mesmo quando esta era contada por outra mulher que não sua mãe (KLAUS & KLAUS, *op cit.*; BOYSSON-BARDIES, *op cit.*).

Isso aponta para uma capacidade inata do bebê para a percepção de propriedades sonoras das palavras, capacidade que envolve uma pré-disposição genética para a aquisição da linguagem, aliada ao desenvolvimento promovido pelos estímulos auditivos recebidos durante a vida fetal (BOYSSON-BARDIES, *op cit.*).

Por outro lado, o modo de os adultos falarem aos bebês tem características de entonação, altura e modificações da prosódia que são semelhantes em diversas línguas e culturas. Trata-se de uma fala que capta a atenção dos bebês e os incentiva à interação. (KLAUS & KLAUS, *op cit*; BOYSSON-BARDIES, *op cit*).

A despeito de não compreenderem o significado simbólico das palavras, os neonatos conseguem perceber as intenções e emoções presentes na fala do adulto. Szejer (1999) considera que independente do fato do recém-nascido ainda não estar apto para esta compreensão, as palavras produzem efeito sobre seu corpo.

A autora também faz referência às pesquisas de M.-C. Busnel sobre as repercussões da voz materna no bebê e no feto. Nesses estudos foram encontrados resultados mostrando que, além de preferirem a voz da mãe - especialmente quando esta é dirigida a eles - tanto o recém-nascido, quanto o feto reagem quando a mãe *pensa* neles.

Quando os adultos, em especial a mãe, falam aos neonatos, estes apresentam uma resposta motora, mesmo que com movimentos ínfimos, acompanhando o ritmo e a melodia da fala. Nas palavras de Klaus e Klaus (*op cit*): “*O corpo do seu bebê está preparado para uma conversa com você muito antes que ele ou ela possam dizer as palavras*” (pp. 73-75).

1.1.5) A movimentação, as expressões corporais e faciais

O movimento é um fenômeno essencial do ser humano desde sua vida intra-uterina. Béziers (1994) considera que o desenvolvimento fetal ocorre *em movimento* e que este fenômeno confere ao corpo “*(...) a forma e o sentido que servirão de modelo para o desenvolvimento subsequente da criança*” (p.9).

O feto vivencia diferentes sensações produzidas por sua própria movimentação intra-útero. Além das sensações táteis - de movimentos do líquido amniótico, encontros com as paredes uterinas e placenta e de partes do corpo tocando umas as outras - e das vestibulares, ele experimenta, a partir da oitava semana, a sensação proprioceptiva (SABOYA; *op cit.*).

Os movimentos fetais são amplos no início da gestação e vão diminuindo ao longo do crescimento pela redução do espaço. A integração das vivências motoras e sensoriais durante o período fetal prepara o bebê de modo que, ao nascer, ele já possua os fundamentos do que será sua coordenação motora (BÉZIERS, *op cit.*). Este tipo de experiência vai integrando gradativamente sua sensório-motricidade.

O desenvolvimento sensório-motor tem continuidade no nascimento. Conforme se move, mesmo de forma reflexa, o neonato toma conhecimento de sensações que são estruturantes de seu futuro desenvolvimento psicomotor. Os movimentos e as sensações por eles provocadas inscrevem no corpo do bebê experiências de tensões, pressões, linhas, volume, distância e duração temporal, que serão resgatadas e reatualizadas subseqüentemente. Assim a movimentação reflexa do recém-nascido:

(...) produz uma sensação muscular e articular, e imprime tensões à pele (...) A criança sente o movimento reflexo e as sensações provocadas por ele ficam registradas (...) tentará reencontrar e reproduzir a sensação (...) e, ao cabo de várias tentativas conseguirá comandar seu próprio movimento. Uma estrutura superior do cérebro terá substituído a reação reflexa (BEZIERS, *op cit.*, p.10)

Além dos conhecidos movimentos reflexos, os recém-nascidos, quando se encontram no estado *alerta ativo* de consciência, apresentam um padrão cíclico de comportamento motor. Ele alterna entre a quietude e uma explosão de movimentos a cada um ou dois minutos (KLAUS &

KLAUS, *op cit.*). É um padrão de movimento comumente interpretado e respondido pelos adultos como um convite do bebê ao brincar e à interação (*idem*).

Nesta ótica, a movimentação do recém-nascido não pode mais ser considerada como apenas um conjunto de reações reflexas como foi durante várias décadas. Trata-se de uma movimentação que promove aprendizado, integração de sentidos, expressividade e comunicação.

O movimento como comunicação e como resposta emocional é observado mesmo no prematuro, que apresenta uma movimentação menor, seja por uma imaturidade do tônus, seja por uma estratégia fisiológica de poupar suas energias para a regulação do sistema autônomo. Nesse sentido, Braga e Morsch (*op cit.*) nos falam de situações em que alguns bebês internados “(...) *sentem que seus pais estão entrando na UTI (...) passam a movimentar-se na incubadora, provocando disparo dos alarmes dos seus monitores (...)*” (p.58).

As expressões faciais também são formas de o bebê se comunicar e podem ser observadas desde o período fetal. Klaus e Klaus (*op cit.*), mostram que há semelhança entre as expressões faciais de recém-nascidos e adultos, e que expressões de emoções e sensações como tristeza, surpresa, satisfação e medo, entre outras revelam características semelhantes em diversas culturas. Assim, podemos entender a universalidade das expressões emocionais como um recurso importante para a interpretação dos sinais emitidos pelo bebê e, conseqüentemente, como um facilitador de nossa comunicação com ele.

1.2) A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal

Os conhecimentos anteriormente apresentados sobre o comportamento, as competências e as demandas do recém-nascido fornecem bases para uma reflexão mais específica sobre as

importantes implicações do ambiente em que o neonato se encontra para o seu bem estar e desenvolvimento.

O recém-nascido que precisa dos cuidados especializados de uma UTI Neonatal seja pela ocorrência de prematuridade, seja por portar alguma doença ou mal-formação, recebe, entre outros cuidados, ajuda adicional para lidar com as adaptações fisiológicas exigidas pela transição para o meio aéreo que visam a proporcionar conforto (MOREIRA & BOMFIM, 2003).

Em contrapartida este bebê tem que lidar com toda a gama de mudanças próprias do nascimento em um ambiente que não reproduz em nada as sensações conhecidas por ele quando se encontrava no útero materno.

Em um nascimento a termo, sem intercorrências, os pais buscam, através de seus cuidados, promover sensações de bem estar por meio de embalos, aconchegos e de um pronto atendimento às demandas do bebê e, ao mesmo tempo, filtram e selecionam os estímulos ambientais como luzes, sons, circulação de ar e odores.

São cuidados que envolvem uma *sensibilidade especial* e que, por mais informações que os pais tenham adquirido sobre como cuidar de um bebê, não envolvem um conhecimento técnico, pois dizem respeito a uma relação que é sempre única com cada filho ou filha. Isso promove no bebê uma sensação de continuidade que, por sua vez, fundamenta o desenvolvimento (WINNICOTT, *op cit.*).

Na UTI Neonatal o que impera é a gravidade, a urgência e a competência técnica. O sentido do nascimento como celebração da vida se perde entre aparelhos, ruídos e procedimentos que os pais não compreendem, mas aceitam conscientes de que a sobrevivência e saúde de seu bebê dependem desse complexo e estranho aparato.

A Unidade de Terapia Intensiva é definida por Dutra (*op cit.*) como:

(...) o local, dentro da unidade de saúde, destinado ao atendimento em sistema de vigilância contínua a pacientes graves, ou de risco, potencialmente recuperáveis (...) deve estar estruturada de forma a fornecer suporte (diagnóstico e terapêutico), nos aspectos hemodinâmico, metabólico, nutricional, respiratório e de reabilitação (p.58).

Para tanto, este tipo de unidade conta com um sem número de sofisticados aparelhos e demanda um espaço físico com muitas especificações para seu funcionamento. Tais especificidades, entretanto, acabam por criar um ambiente repleto de estímulos sensoriais, muitos deles nocivos ao bem-estar do neonato durante a internação, podendo repercutir em seu desenvolvimento após a alta.

1.2.1) O ambiente e seus estímulos – repercussões no recém-nascido

A necessidade de vigilância constante dos pacientes gerou nas UTIs o uso das luzes permanentemente acesas. Estas, entretanto, podem acarretar no recém-nascido alterações em seu ciclo sono-vigília, retardando o desenvolvimento normal deste, o que interfere na qualidade e quantidade de sono profundo, de suma importância para o crescimento e desenvolvimento do bebê (MOREIRA *et al.*, 2003).

A luz forte e contínua também pode levar o recém-nascido a fechar os olhos numa atitude de auto-proteção contra um estímulo excessivo, o que interfere na investigação visual do ambiente, podendo repercutir em seu desenvolvimento cognitivo, pois conforme nos fala Brazelton (2002):

Privação ou alteração das experiências necessárias pode produzir uma variedade de déficits. Quando há pouca interferência com a visão, por exemplo, foram observadas dificuldades que variam de cegueira funcional a problemas com percepção profunda e compreensão espacial (p. 23).

A atitude protetora de fechar os olhos também interfere na interação pais-bebê, pois o olhar é um canal importante de comunicação não-verbal, especialmente quando o bebê não pode ir ao colo e as interações pelo olhar *assumem função de continente* (BRAGA *et al.*, 2003: 62). Tal interferência pode repercutir no estreitamento dos laços e formação do vínculo pais-bebê, que fornece as bases do desenvolvimento emocional.

Além disso, é possível que a retina em desenvolvimento seja afetada pela exposição constante a fontes de luz, especialmente para o prematuro, devido ao risco que ele já possui para a retinopatia da prematuridade. (GIANINI *et al.*, 2006; MOREIRA *et al.*, *op cit.*).

A imensa quantidade de ruídos produzidos no ambiente da UTI Neonatal também pode ser considerada como originária da necessidade de vigilância e de manter a estabilidade dos parâmetros clínicos e fisiológicos dos pacientes, já que grande parte desses ruídos provém de aparelhos de monitoração.

Além dos alarmes de monitores e bombas de infusão, também há ruídos constantes que atingem os bebês como o “*som do motor da incubadora [que] é de 55 a 60 decibéis [Db]. Se o bebê usa algum equipamento respiratório (ventilação mecânica, CPAP), este motor faz mais barulho ainda*” (MOREIRA *et al.*, *op cit.*, p.34).

Outros ruídos presentes nas UTIs são: as vozes de profissionais e pais que, em uma conversação de intensidade normal, são de 45-50 Db; a abertura de embalagens plásticas de material estéril, que chega a uma intensidade de 67 Db; o fechamento de porta ou gaveta da

incubadora que vai de 70 a 95Db; o fechamento da portinhola da incubadora, de 80-111Db; apoiar objetos sobre a incubadora, 84Db; entre outros (GIANINI *et al.*, *op cit.*).

O excesso de ruídos leva: ao *estresse fisiológico* do bebê - com o aumento das frequências cardíaca e respiratória, diminuição da saturação de oxigênio, apnéias, aumento da pressão intracraniana – e a alterações comportamentais como: dificuldades de sono devido à interrupção constante, susto, choro e a atitude defensiva de fechar-se para o ambiente, interferindo nas interações. (GIANINI *et al.*, *op cit.*; MOREIRA *et. al*, *op cit.*). Após a alta pode haver repercussões em seu desenvolvimento como perdas auditivas (*idem*), distúrbios do sono, de atenção e, conseqüentemente de aprendizagem.

A necessidade de uma grande quantidade de manuseio para a execução de procedimentos e cuidados é outra fonte importante de *estresse fisiológico* para o recém-nascido internado em UTI. Os manuseios podem chegar a “*mais de 100 vezes em 24 horas no periodo crítico*” (GIANINI *et al.*, *op cit.*, p.19).

Nas palavras de Druon (1999):

A frequência dos cuidados impostos provoca seguramente uma hiperestimulação sensorial quase permanente. Há procedimentos que machucam, que surpreendem o bebê em repouso, impondo-lhe uma grande descontinuidade vinda do exterior (p.44).

É importante ressaltar que o mecanismo de *habituação* do recém-nascido prematuro ou adoecido pode não se encontrar suficientemente desenvolvido, assim eles podem encontrar dificuldade de se protegerem de estímulos intrusivos em geral (BRAZELTON, *op cit.*) Tampouco os neonatos possuem desenvolvimento cognitivo para compreender e organizar a situação de sofrimento pela qual estão passando.

A carga excessiva de estímulos no ambiente da UTI Neonatal também atinge os adultos que ali circulam: pais e, principalmente, profissionais. Estes, embora já tenham mecanismos de defesa desenvolvidos, não deixam de ser afetados por tais estímulos, o que acaba por repercutir em sua saúde e em seu desempenho no trabalho. O profissional pode acostumar-se com o barulho, por exemplo, mas isso não significa que sua saúde auditiva não esteja sendo atingida e que seu estresse não esteja sendo aumentado. Para os pais o excesso de ruídos, por exemplo, pode incomodar a ponto de atrapalhar sua dinâmica de interação com o filho ou filha.

1.2.2) Os pais do bebê

Ao entrarem na UTI Neonatal os pais se deparam com aparelhos e ruídos característicos, com os bebês em suas incubadoras e com um ambiente repleto de profissionais que utilizam uma linguagem pouco familiar para eles (BRAGA E MORSCH, *op cit.*). Além disso, podem ter dificuldades para distinguir, em meio aos jalecos brancos, quais são as categorias de cada profissional o que pode deixá-los confusos e inibidos para fazer perguntas (LAMY FILHO, 2003).

São diversos os sentimentos que mãe e pai podem ter ao se encontrarem diante da situação de ter seu recém-nascido internado. Druon (*op cit.*) diz que:

(...) todo nascimento comporta um certo grau de angústia, um remanejamento psíquico profundo. Quando se trata de um nascimento prematuro, [maioria dos casos de internação em UTI, mas o mesmo se aplica para outras intercorrências perinatais] é uma verdadeira tempestade psíquica que se abate sobre o casal, onde a realidade se junta a fantasia, na qual o bebê idealizado da gravidez não corresponde em nada ao bebê da incubadora (p.37).

Os pais podem experimentar uma grande culpabilidade pela situação que estão vivendo. Sentimentos ambivalentes (de ora desejar, ora rejeitar a gravidez) são comuns, em maior ou menor grau, mesmo que não sejam expressos abertamente, durante a gestação, por tudo o que ela representa de mudanças na vida do casal e principalmente da mulher. Assim pode ocorrer de estes pais atribuírem a situação que o bebê está passando a tais sentimentos, acreditando-se responsáveis pelos problemas que seu filho ou filha está passando (DRUON, *op cit.*; MATHELIN, *op cit.*).

Outro sentimento comum de ocorrer com os pais, em especial com a mãe, é o de incapacidade para cuidar de um bebê que ela acredita ter sido incapaz de gestar adequadamente (levar a gravidez ao termo ou gerar uma criança saudável ou normal). Este sentimento é respaldado pelo fato de que ela tem diante de si um bebê que precisa ser cuidado por outros, um bebê que nas palavras de Druon (*op cit.*) é “*adotado temporariamente*” pelo serviço da UTI.

Os pais, diante desse quadro, podem sentir que suas contribuições no cuidado com seu filho são dispensáveis ou secundários (BRAGA E MORSCH, *op cit.*; DRUON, *op cit.*). As palavras de uma mãe na ocasião da alta de seu bebê depois de três meses de internação citadas por Mathelin (*op cit.*) mostram como esse sentimento pode chegar ao extremo, ela diz: “*Na unidade, eles lhe deram a vida, sem que eu tivesse que cuidar dele; eu não devia me aproximar dele, eu só pude lhe dar a morte*” (p.26).

A relação dos pais com as equipes de saúde não é simples. Da parte da equipe, a presença dos pais a leva a trabalhar exposta (DRUON, *op cit.*). Ao mesmo tempo em que os profissionais têm consciência da importância da presença dos pais, esta pode se tornar um incômodo em momentos como a realização de procedimentos, em que pode ser difícil para a equipe dar atenção aos pais e ao bebê ao mesmo tempo. Essa dificuldade se acentua quando se trata de

procedimentos invasivos ou dolorosos, pois os profissionais podem se sentir inibidos ou constrangidos (JUNQUEIRA *et al.*, *op cit.*).

Nesses momentos e em momentos em que o ambiente está agitado e há muito trabalho a ser feito, os profissionais podem pedir expressamente que os pais aguardem do lado de fora ou que não entrem, ou podem, simplesmente, desestimular sua presença em determinados horários. Paradoxalmente, nos momentos de dor ou desconforto a presença dos pais é de grande importância para os bebês (*idem*).

Em outras situações, como quando o bebê está em condições de sugar, a entrada da mãe é supervalorizada. Se ela passa algum tempo ausente, o que pode ocorrer, tanto por razões muito concretas como ter que cuidar de outros filhos ou por razões subjetivas de não estar suportando uma aproximação naquele momento (BRAGA & MORSCH, *op cit.*), há uma tendência de os profissionais a criticarem, expressamente ou não, por não estar dando a atenção que seu bebê precisa.

Essas situações evidenciam o quão conflitante é a entrada e permanência dos pais em uma UTI Neonatal, muito embora algumas estratégias venham sendo traçadas e desenvolvidas no sentido de se favorecer e valorizar a sua presença neste momento tão delicado.

Podemos citar como exemplo: os grupos de pais que são desenvolvidos por equipes de psicologia em algumas UTIs, que podem envolver trabalhos artesanais e criativos (peças de enxoval por exemplo) como forma de elaboração da situação vivida e de aproximação pais-bebê; a *família ampliada*, que valoriza estimula e faz a mediação de visitas de outros familiares como irmãos e avós do bebê promovendo o estabelecimento de uma rede de apoio em torno dos pais; o método mãe-canguru, implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde através do Programa da Criança e que privilegia o contato pele-a-pele e a amamentação, o envolvimento da mãe nos

cuidados com o bebê internado e promove a humanização dos cuidados com o recém-nascido de baixo peso (BRAGA E MORSCH, 2003; GIANINI *et al.*, 2006).

1.2.3) A equipe

As UTIs Neonatais contam com uma equipe de profissionais especializados que nas palavras de Mathelin (*op cit.*): “(...) são como a tripulação de um navio. Cada um ocupa uma função precisa e, do comandante de bordo ao simples marinheiro, todos dependem uns dos outros (...)” (p 81).

Entre os diferentes profissionais que compõem a equipe de uma UTI Neonatal há os médicos neonatologistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem cuja presença se faz de maneira ininterrupta, dia e noite, em proporções específicas de números de profissionais por pacientes, que podem variar de acordo com a gravidade dos neonatos internados. (DUTRA, *op cit.*). Outros profissionais como psicólogos e psicanalistas, além de profissionais da área de reabilitação como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais compõem a equipe da UTI Neonatal A presença de tais profissionais nesses espaços ocorre em horários e/ou dias específicos (LAMY FILHO, *op cit.*).

Os profissionais de uma UTI Neonatal têm seu dia-a-dia permeado pela urgência, pela vigilância e pelo constante confronto com o sofrimento, a dor e a possibilidade da morte. Trata-se de um ambiente de trabalho que figura entre os mais sobrecarregados e agressivos dentro do espaço hospitalar (JUNQUEIRA *et al.*, 2006).

Os desafios envolvidos no trabalho intensivo neonatal colocam constantemente os profissionais em confronto com seus próprios limites. Por um lado, a tecnologia e o

conhecimento disponível nessa área em constante evolução fornecem o respaldo necessário para a execução de seu trabalho, por outro lado cada bebê se apresenta de forma única não sendo possível garantir de antemão como será sua evolução. (MATHELIN, *op cit.*).

Dessa forma, o fazer profissional dessas pessoas as coloca diante de tecnologias e aparelhagens de ponta e exige delas a precisão técnica característica de uma máquina, ao mesmo tempo em que se encontram diante daquilo que pode haver de mais humano: o nascimento, o sofrimento, a esperança, as histórias e costumes das famílias, as histórias de amor, a profusão de sentimentos, as ambivalências afetivas, a vida e a morte.

Druon (1999) se refere aos desafios envolvidos no trabalho desses profissionais afirmando que:

Ser intensivista é querer vencer a morte, ainda que às vezes não se possa evitá-la. Dura realidade que confronta as equipes no limite atual do desenvolvimento da ciência e que as coloca às vezes numa profunda confusão face às famílias que sofrem (p. 44).

Mathelin (*op cit.*) compara a rotina de tais trabalhadores a uma situação de guerra e nos aponta algumas batalhas que surgem diante desses profissionais no serviço de Unidade Intensiva Neonatal:

Luta incessante contra a morte inadmissível de um lactente, contra os riscos de uma baixa vigilância que acarretaria erros catastróficos, contra sua própria angústia, algumas vezes também contra os pais que vem 'incomodar' ou tornar mais difícil o trabalho da equipe (...) Algumas vezes até, a luta aberta ou abafada pode se declarar na equipe quando certas decisões não são compreendidas (p. 81).

Tais características podem tornar mais difícil a produção de cuidados humanizados, pois o desgaste de um trabalho que traz em si a responsabilidade de ser o guardião da vida ou da morte

dos bebês internados, o contínuo confronto com os próprios limites, a necessidade de superação constante e o peso da responsabilidade de cada ação ou decisão acabam por criar, nos profissionais, mecanismos de defesa que vão interferir no envolvimento humano do qual o bebê tanto precisa. (JUNQUEIRA *et al.*, 2006).

As referidas características também levam os profissionais, muitas vezes, a crerem que um cuidado mais humano com um maior envolvimento com o recém-nascido seria conflitante com a eficácia do tratar, como se, de alguma forma, fosse necessário fazer uma pausa no tratamento clínico para se oferecer um cuidado mais envolvente ao bebê (*idem*).

Cabe salientar que existe o reconhecimento dos membros das equipes sobre a importância de se oferecer aos recém-nascidos cuidados mais contínuos. Os profissionais em geral possuem, em maior ou menor grau, um conhecimento - quer do ponto de vista científico, quer por suas experiências pessoais - sobre as necessidades dos bebês de receberem este tipo de atenção, mas sentem-se impedidos de os oferecerem, pois muitas vezes temem que uma mudança na forma de abordar o recém-nascido possa interferir na precisão e eficácia dos procedimentos técnicos (*idem*).

1.2.4) Estratégias de manejo do recém-nascido: promovendo o bem-estar e protegendo o desenvolvimento

Atualmente são conhecidas estratégias para se filtrar o excesso de estímulos inadequados e promover o bem-estar e o conforto dos neonatos durante a internação, bem como proteger seu desenvolvimento após a alta. Trata-se de um conjunto de ações que apontam para a humanização dos cuidados e assistência ao recém-nascido que, de acordo com Morsch (2005), se configura

como “(...) *medida terapêutica e ao mesmo tempo profilática*(...)” (p.3). Entre as referidas ações podemos destacar:

- *A diminuição do ruído:*

Utilizando um volume de voz mais baixo durante as conversações; diminuindo o volume dos alarmes e atendendo prontamente quando acionados; abrindo e fechando as portas e portinholas das incubadoras com cuidado; evitando apoiar objetos sobre as incubadoras; diminuindo o volume do telefone e mantendo os celulares no modo vibratório (GIANINI *et al.*, *op cit.* ; MOREIRA *et al.*, *op cit.*).

- *Reduzir os efeitos da iluminação:*

Diminuindo as luzes durante a noite e em alguns períodos do dia e/ou colocando mantas sobre as incubadoras, o que é feito com o intuito de diminuir a incidência de luz (MOREIRA *et al.*, *op cit.*), mas também ajuda a amenizar a intensidade com que o som ambiente atinge o bebê (GIANINI *et al.*, *op cit.*). Quando a manta é trazida pela família sendo parte do enxoval, assume também a função de personalizar a incubadora e facilitar os pais na localização de seus bebês, que muitas vezes mudam de lugar na UTI (MOREIRA *et al.*, *op cit.*).

- *Minimizar os efeitos das manipulações:*

Agrupando cuidados e intervenções, garantindo assim maiores períodos de repouso; respeitando a capacidade de tolerância do bebê durante a intervenção (GIANINI *et al.*, *op cit.*), optando por adiar o procedimento, quando possível, para momentos em que o bebê ou o ambiente estejam mais tranquilos (MOREIRA *et al.*, *op cit.*).

▪ *Favorecer a organização corporal do recém-nascido:*

Posicionando-o no leito, sempre que possível em decúbito lateral, que favorece o *enrolamento* em que “os grupos musculares do corpo estão colocados em posições favoráveis à coordenação motora [dessa forma] o bebê se acalma graças à tonicidade equilibrada de seus músculos” (BÉZIERS, *op cit.*, pp. 19-20) este posicionamento facilita também o contato com o próprio corpo; utilizando rolinhos, fraldas e cueiros que ajudem a manter o recém-nascido em posições confortáveis servindo de apoio continente e de sustentação (MOREIRA *et al.*, *op cit.*); oferecendo toque continente firme e contínuo em uma ou duas partes do corpo como cabeça e bacia, por exemplo (*idem*); oferecendo colo quando possível, inclusive durante a realização de procedimentos; proporcionando oportunidades de sucção não-nutritiva (TAMEZ E SILVA, 2002). Tais estratégias de organização corporal também se configuram como intervenções não-farmacológicas visando a diminuir a duração e intensidade da dor (*idem*).

Muitas vezes, apesar do conhecimento dessas estratégias, é difícil para o profissional trazer isso para a sua prática. Esta dificuldade provém tanto do estresse e carga de trabalho, quanto pelo fato de que este tipo de abordagem comumente não se encontra presente na formação e no treinamento desses profissionais, em que se destaca uma primazia da técnica. Druon (*op cit.*) nos apresenta um exemplo disso através do seguinte relato de uma enfermeira pediátrica descrevendo o que se passa com ela internamente durante a realização de um procedimento:

Para que meu gesto seja perfeito e eu o machuque o menos possível, devo esquecer-lo [referindo-se ao bebê] por um tempo. Interiormente, eu sinto-me separada dele, só pensando na veia a furar; em seguida, quando o procedimento doloroso acabou, eu devo reintegrar uma outra parte de mim e uma outra atitude diante do bebê, e só então eu posso acariciá-lo e me tornar mais tema (p.36-37).

Podemos observar claramente como a realização de procedimentos potencialmente dolorosos ou desconfortáveis para o recém-nascido coloca o profissional diante de um dilema, provocando uma cisão em sua abordagem junto ao bebê.

Ao mesmo tempo vemos neste relato uma preocupação em minimizar a dor causada pelo procedimento, entretanto nesta fala a eficácia do gesto aparece como o recurso privilegiado para diminuição do sofrimento, não sendo mencionadas quaisquer outras abordagens. Desta forma *“(...) a habilidade e a destreza do profissional na realização de procedimentos técnicos são valorizadas como as características mais relevantes para se diminuir a dor da criança”* (JUNQUEIRA *et al.*, *op cit.*).

O distanciamento necessário em momentos muito específicos de intervenção, como a situação anteriormente descrita, muitas vezes se generaliza para todos os outros momentos de cuidados com os bebês, acabando por torná-la mecânica, bem como na abordagem dos profissionais com os pais deixando de oferecer-lhes o acolhimento de que tanto precisam nesse momento de suas vidas.

Capítulo II: Considerações sobre Psicomotricidade e Interdisciplinaridade

No prelúdio de uma reflexão sobre as possíveis contribuições da psicomotricidade para um cuidado humanizado com o recém-nascido internado, é pertinente introduzir algumas considerações sobre os princípios, a especificidade e as esferas de atuação da psicomotricidade.

2.1) A psicomotricidade como característica própria do desenvolvimento humano

A psicomotricidade pode ser entendida como um fenômeno inerente ao ser humano e componente essencial ao seu desenvolvimento. Como tal, foi ‘descoberta’ no campo da neurofisiologia no final do século XIX e início do Século XX, quando se inicia o rompimento de uma abordagem mecanicista, baseada em um modo dualista de pensar o Homem. Le Camus (1986) afirma que “*o esquema anátomo-clínico que estabelecia uma correspondência rigorosa entre a lesão e o sintoma já não podia mais ser invocado para explicar certos fenômenos patológicos*” (p.18). Os achados deste período passaram a questionar o conceito de causa-efeito (lesão-patologia), que prevalecia até então.

Assim, a palavra ‘*psicomotor*’ surge para dar conta da “*junção ainda bem misteriosa entre imagem mental e movimento [de uma] articulação constatada, porém não explicada, entre processos originários da psique e processos originários da motricidade*” (Le Camus *op.cit.*, p.15).

O devir psicomotor do ser humano percorre caminhos que vão do mais simples ao mais complexo, integrando uma organização funcional constantemente atravessada pelos fatores biossociais e afetivo-emocionais. Nas palavras de Fonseca (1995): “*(...) por meio deste padrão*

filogenético-ontogenético, percebemos a evolução da criança do reflexo à reflexão, do ato ao pensamento, e do gesto à palavra (...)" (p.34).

Podemos exemplificar tal evolução mencionando a passagem dos movimentos reflexos aos voluntários, que permitirão ao bebê a aquisição da postura bípede, com sua conseqüente liberação das mãos que, por sua vez, propiciará o aperfeiçoamento da preensão, levando à (e através da) utilização do objeto como ferramenta que, junto ao desenvolvimento da linguagem, caracterizarão sua *hominização* (FONSECA; 1995; 1996).

A compreensão do desenvolvimento da criança como conseqüência de uma relação dialética entre seus potenciais evolutivos e o meio ambiente se configura como um modo de conceber o desenvolvimento humano de forma **integrada**, que vem a ser um dos preceitos da psicomotricidade como campo do saber.

2.2) Princípios fundamentais da psicomotricidade e suas esferas de atuação

A psicomotricidade compreende a criança em sua globalidade, respeitando simultaneamente sua sensório-motricidade, sua afetividade e seus processos cognitivos; considera também o tempo próprio da criança e sua expressividade psicomotora, que é sua forma original e privilegiada de ser no mundo. (AUCOUTURRIER *et al.*, 1986).

A psicomotricidade entende que o caminho que leva ao desenvolvimento da criança parte de sua vivência sensório-motora que, de acordo com Aucouturier *et al.* (*idem*) "*ela deve organizar e ultrapassar [assim] a criança vai edificar sua personalidade: isto se traduz efetivamente por uma maneira tônico-emocional de ser no mundo*" (p.17).

Nesse ponto é importante ressaltar que, para a psicomotricidade, tónus e emoções são compreendidos como em constante interação, que se revelam desde as primeiras relações

corporais, não-verbais, de toque e aconchego entre o recém-nascido e sua mãe e/ou cuidadores. As palavras de Ajuriaguerra (s/d) traduzem de forma clara a compreensão da relação entre tónus e emoções:

O caráter emotivo da relação tônico-emocional é assinalado por H. Wallon no que ele denomina simbiose afetiva (...), fusão que se exprime através de fenômenos motores, em um diálogo que é o prelúdio do diálogo verbal posterior e que nós chamamos 'diálogo tônico'. Este (...) que coloca o indivíduo por inteiro na comunhão afetiva, só pode ter como instrumento à sua altura, um instrumento total: o corpo (p. 212).

Aquilo que a criança experimenta desde a vida intra-uterina, através de sua sensório-motricidade vai sendo interiorizado de maneira global e integrada para que, posteriormente seja passado para o plano da representação (AUCOUTURRIER *et al.*, 1986).

Os conceitos de esquema corporal e imagem corporal também são de essencial importância no campo de estudo da psicomotricidade. O esquema corporal é desenvolvido de forma evolutiva, construindo-se a partir das experiências motoras e das informações proprioceptivas, interoceptivas e exteroceptivas. O esquema corporal se configura como aquilo que se pode *representar acerca do próprio corpo* (LEVIN, 1995: 71).

Por ser construído ao longo do desenvolvimento o esquema corporal é próprio de cada indivíduo, mas também diz respeito a uma generalidade, pois envolve características comuns da espécie humana (LEVIN, *op.cit.*).

A imagem corporal, por outro lado, não é da ordem de uma evolução cronológica. Trata-se de algo subjetivo e inconsciente e pressupõe um outro que a inscreva no corpo da criança. Assim, a imagem corporal sustenta-se no simbólico, no lugar simbólico que a criança ocupa na família desde as relações primordiais de afeto entre o bebê e seus pais ou substitutos (*idem*).

O modo como a criança é olhada, tocada, falada e desejada e o modo como seus cuidadores atribuem sentidos a suas ações e produções desde as primeiras manifestações corporais do recém-nascido são constituintes de sua imagem corporal.

O esquema e a imagem corporal estão em constante inter-relação. Uma afecção psicomotora visível no âmbito do esquema corporal de uma criança pode se tratar de uma questão relativa à imagem corporal (LEVIN, 1995). No sentido inverso, a criança pode sofrer um desinvestimento de seus cuidadores em sua imagem corporal por ser portadora de uma perturbação no âmbito do esquema corporal, como uma deficiência motora, por exemplo.

A imagem corporal frequentemente vem à tona através do esquema e ela pode ser reatualizada, redimensionada e re-significada através deste, no contexto de uma intervenção psicomotora.

No decorrer da trajetória da psicomotricidade foram criadas diversas correntes, métodos e técnicas e hoje ela se divide nas áreas de educação, reeducação e terapia. A educação visa a, a partir do acolhimento da expressividade psicomotora da criança, estabelecer uma comunicação, que irá facilitar as produções criativas próprias da criança, orientando-a em uma dinâmica de descobertas e investimentos no espaço, nos objetos e nas relações. A partir de vivências sensório-motoras e lúdicas é preparado o terreno para a aquisição e desenvolvimento do pensamento formal, operatório. Trata-se, portanto, de *“um itinerário sem rigidez, que favorece o acesso à descentração e a representação simbólica”* (AUCOUTURRIER *et al.*, 1986: 24).

A terapia e a reeducação psicomotora se fazem necessárias quando há uma perturbação do desenvolvimento, que pode ter causas orgânicas ou ambientais, e que levam a uma ruptura ou a uma não-instauração da expressividade psicomotora, do prazer sensório-motor que, por sua vez, impedem os processos de: exploração / investigação do espaço e objetos e de investimentos criativos no mundo e nas relações. (*idem*)

A diferença entre a reeducação e a terapia é que a primeira está em função das exigências educacionais ou do meio ao qual a criança precisa se adequar. Sem perder o foco em seu bem-estar, a reeducação procura inserir e incluir a criança e ajudá-la em sua adaptação, envolvendo o acompanhamento do currículo escolar e sua inserção social. A terapia é mais centrada na criança, permite que, através de vivências sensório-motoras, questões mais profundas da própria criança venham à tona para serem trabalhadas terapeuticamente (*idem*).

A evolução da criança através do trabalho terapêutico vai amenizar o sintoma psicomotor e, conseqüentemente, isso se repercutirá em sua adaptação. Da mesma forma, no trabalho de reeducação surgem questões profundas da criança e isso é acolhido pelo profissional. A opção por um trabalho de reeducação ou terapia irá depender das necessidades de cada criança.

Educação, reeducação e terapia nada mais são do que modos diferenciados de aplicação de uma intervenção psicomotora e, em qualquer uma delas, há uma unidade conferida por um modo de olhar a criança peculiar do profissional de psicomotricidade, modo este que é desenvolvido em sua formação.

O psicomotricista tem ao longo de sua formação - além de todo o corpo teórico e práticas de atendimentos - vivências corporais que o permitem "*reapropriar-se de uma dimensão sensório-motora e emocional, mais ou menos esquecida, que não pertence à ordem da linguagem...*" (AUCOUTURRIER *et al.*, 1986: 45). Trata-se de uma formação vivenciada que desenvolve no profissional a capacidade de situar-se na comunicação com o outro por vias não-verbais, já que privilegia o corpo como canal de expressão (*idem*).

A criança que apresenta um sintoma psicomotor sente-se freqüentemente inadequada, desajeitada, podem ocorrer explosões de raiva ou uma timidez paralisante, que desencadeiam a perda ou diminuição do seu investimento sensório-motor no ambiente e nas relações. É o que Aucouturier *et al.* (*idem*) chamam de *perda do prazer sensório-motor*, que vai afetar todo o

desenvolvimento. Por esta razão os autores assim definem o trabalho do psicomotricista: “*O psicomotricista é o especialista que possui a competência particular de trazer à luz, mobilizar e fazer evoluir o prazer sensoriomotor da criança para formas criativas as mais variadas possíveis*” (p. 138).

O psicomotricista atua, então, como facilitador e mediador da expressividade psicomotora e, para tanto, é necessário um ajustamento do profissional às manifestações e produções da criança que se traduz em uma atitude de escuta. (*idem*).

Uma outra dimensão da intervenção do psicomotricista pode ser pensada e desenvolvida no campo da profilaxia. Situações que acarretem impossibilidade ou restrição de vivências sensório-motoras e que impliquem na qualidade das relações iniciais entre pais-bebês podem configurar-se como risco para alterações no desenvolvimento psicomotor futuro da criança. Assim, na esfera do atendimento intensivo neonatal a psicomotricidade pode contribuir como ação profilática de possíveis perturbações no desenvolvimento ocasionados pela internação em idade muito precoce.

Para alcançar tal objetivo, cabe retomar algumas considerações feitas anteriormente que permitem distinguir características que a fazem configurar como um apropriado instrumento para auxiliar nos cuidados com o recém-nascido internado, contribuindo para sua qualidade de vida durante a hospitalização e após a alta.

Dentre estas características destacam-se a capacidade de envolvimento e comunicação pela via corporal não-verbal, que é a principal via de comunicação do bebê; a abordagem integradora, que promove no bebê a sensação de unidade e continuidade.

2.3) A psicomotricidade e a interdisciplinaridade

A psicomotricidade é definida pela Sociedade Brasileira de Psicomotricidade como: “(...) a ciência que tem como objeto de estudo o homem através de seu corpo em movimento (...) Está relacionada ao processo de maturação, onde o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas” (SBP, s/d).

É a partir da obra de Henry Wallon que a psicomotricidade ganha o primeiro delineamento do que viria constituir seu corpo teórico. Com publicações como *A Criança Turbulenta* (1925), *As Origens do Caráter na Criança* (1934), *Do Ato ao Pensamento* (1942), entre outras, Wallon inaugura uma série de conceitos como: a relação entre a motricidade e a construção da personalidade, os tipos e as síndromes psicomotoras, as relações tônico-emocionais, entre outros (LE CAMUS, 1986; FONSECA, 1996).

Desde seus primeiros dias até os atuais a Psicomotricidade se configura como uma ciência de fronteira, tendo sido atravessada por múltiplas influências de que são exemplos: a psicologia genética de Jean Piaget, considerando que é por sua vivência sensório-motora que a criança desenvolve a inteligência (LE CAMUS, 1986), e a psicanálise, que introduz a questão do inconsciente e da subjetividade das manifestações corporais ou seja, funda “*uma clínica psicomotora centrada no corpo de um sujeito desejante*” (LEVIN, 1995).

Longe de serem prejudiciais à sua especificidade e identidade, as várias influências e interfaces com diversas disciplinas tornaram a psicomotricidade um campo rico, dinâmico e em constante sintonia com as novas formas de pensar o corpo, o movimento humano e suas relações. Trata-se de uma ciência marcada pela interdisciplinaridade.

Conforme mencionado no início deste capítulo o conceito de psicomotricidade surge no campo da neurofisiologia para dar conta de processos do desenvolvimento humano que não

podiam ser explicados através do olhar mecanicista, reducionista e positivista que dominava o mundo das ciências desde o século XVI.

De forma semelhante, o conceito de interdisciplinaridade aparece como uma necessidade na esfera científica para se lidar com questões complexas do mundo contemporâneo que não podem mais ser pensadas ou respondidas através do método cartesiano, tradicional, que fragmenta o objeto de estudo, reduz suas partes mais simples para tentar compreendê-lo, e se baseia na especialização do pesquisador, fazendo com que este esteja cada vez mais focado em um aspecto específico de um campo de estudo (PORTO & ALMEIDA, 2002). Se, por um lado, tal método desenvolve uma compreensão aprofundada de determinado componente dentro de uma esfera de conhecimento, por outro lado, perde-se de vista a dimensão total da realidade estudada (VILELA & MENDES, 2003).

A produção e transmissão de conhecimento em áreas rigorosamente isoladas e aparentemente independentes, características do modo de pensar racionalista é chamada 'disciplinaridade'. Esta permitiu, ao longo de séculos, um enorme avanço científico e a grande difusão dos saberes com que nos deparamos atualmente. Paradoxalmente, esses mesmos avanços e profusão de conhecimentos criaram um mundo complexo repleto de questões para as quais a disciplinaridade não pode apontar respostas (*idem*).

Assim emerge, no século XX, ganhando forças a partir da década de 60, o conceito de interdisciplinaridade. Esta pode ser definida como uma interação ou influência mútua entre disciplinas diferentes. Produz uma transformação das disciplinas envolvidas, tornando-as mais ricas, influenciando em suas metodologias e levando a reformulações conceituais. Trata-se de um atravessamento ou entrelaçamento das disciplinas e não uma justaposição delas como ocorre na multidisciplinaridade e na pluridisciplinaridade, sendo que na primeira estão envolvidas disciplinas variadas e na segunda, disciplinas adjacentes (VILELA & MENDES, *op cit.*).

A transdisciplinaridade acontece como uma transcendência da interdisciplinaridade, em que as bordas que limitam cada disciplina deixam de existir, o que pode resultar no surgimento de uma nova disciplina (*idem*). Essa dinâmica de fusão e simbiose está presente no surgimento da psicomotricidade, em que disciplinas como a neuropsiquiatria infantil, a psicologia do desenvolvimento, a psicanálise e a educação física se amalgamaram para compor uma nova forma de abordagem do movimento e do desenvolvimento do ser humano.

A interdisciplinaridade é identificada, cada vez mais, como uma necessidade no âmbito da saúde, já que esta se configura como uma área fortemente impregnada pelo modelo positivista (GOMES & DESLANDES, 1994).

A segmentação do saber característica das especializações, ao mesmo tempo em que traz grades avanços em tratamentos e curas, de importância inestimável para pacientes que sofrem e seus familiares, acarreta o risco de se perder de vista o caráter holístico do adoecer e do sofrimento dos mesmos pacientes. A interdisciplinaridade não se configura como um ataque às especializações, mas como uma proposta de ampliação do olhar do profissional de saúde apontando para uma visão mais integrada.

Na própria formação do profissional de saúde as características de um modelo de ensino fragmentado - com pouca comunicação entre as disciplinas, distanciamento entre os conteúdos estudados e as necessidades de saúde da população, a colocação do aluno em uma posição passiva de aprendizagem e não como sujeito construtor de seus próprios conhecimentos (BATISTA, 2006) - acentua ainda mais as dificuldades de se implementar uma prática de saúde interdisciplinar.

Nesse sentido, discutir sobre o papel da psicomotricidade nos cuidados em saúde, especificamente com o recém-nascido internado, pode contribuir para a promoção de importantes

reflexões para o estabelecendo de interfaces com outros profissionais da área da saúde, o que será abordado no capítulo seguinte.

CAPÍTULO III: Possíveis contribuições da psicomotricidade para o cuidado em UTI Neonatal a partir de uma perspectiva interdisciplinar - breve relato de uma experiência.

- A implantação do projeto

Refazer a trajetória do trabalho desenvolvido pelo projeto de psicomotricidade na UTI Neonatal e UI da Maternidade-Escola (UFRJ) suscita, inicialmente, uma breve descrição do espaço em que esse trabalho aconteceu e de seu funcionamento.

A maternidade conta com uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal desde 1994, período relativamente recente dado que a instituição tem mais de cem anos de existência. O espaço físico da UTI Neonatal comporta cerca de dez leitos e o da UI entre dez e quinze leitos. As duas unidades são interligadas por um espaço comum que é, ao mesmo tempo, uma passagem de uma unidade para outra e também um espaço de trabalho (posto de enfermagem, local para reunião de equipe, *round*, etc.).

A equipe que atende a essas unidades constava, durante o período em que ocorreu o projeto, de um médico de rotina, um médico plantonista, dois residentes de segundo ano e um residente de primeiro ano. Havia sempre pelo menos uma enfermeira plantonista e uma da rotina e o número de técnicas e auxiliares de enfermagem variava entre seis e oito, de acordo com a necessidade.

A internação de bebês atendidos é, em sua maioria, devida a causas ligadas à prematuridade, sendo menos frequentes internações de bebês a termo apresentando patologias ou síndromes. Na UI, muitas vezes, encontram-se bebês em bom estado de saúde, que acabaram de nascer e passam um período de adaptação de algumas horas em incubadora antes de irem para o alojamento conjunto ou que aguardam enquanto suas mães ainda se encontram no centro obstétrico.

Nossa equipe constava de três psicomotricistas responsáveis pela criação e elaboração do projeto piloto de implementação do programa de psicomotricidade em UTI Neonatal. O projeto foi apresentado à chefe da UTI Neonatal e UI que nos autorizou a desenvolver o trabalho nas unidades e nos apresentou à direção da Maternidade. A proposta foi aceita e encaminhada à divisão de ensino, que nos conferiu crachá para circulação dentro da instituição.

Nossa presença ocorreu em duas tardes por semana. O projeto envolvia três focos de ação, um junto aos bebês oferecendo oportunidades de estímulos favoráveis ao seu desenvolvimento, sem, contudo, se tratar de um trabalho de estimulação no sentido tradicional. Consideramos que recém-nascidos internados em unidades intensivas recebem manipulações constantes e não pretendíamos reforçar esta situação, o que justifica os outros dois focos de atuação: os pais e a equipe de saúde.

Entendemos que nossos recursos poderiam servir como contribuição para mediar a formação do vínculo ou reforçar os laços entre pais e bebês, que é fundamental para fornecer as bases estruturantes do desenvolvimento da criança. E, para a equipe, tais recursos poderiam ser incorporados em seu lidar diário com os recém-nascidos, o que se refletiria em uma forma de cuidado diferenciado, que em última instância poderia se repercutir no futuro desenvolvimento psicomotor desses bebês, minimizando ou evitando possíveis intercorrências causadas pela internação.

- A interface com a equipe de saúde: caminhos para a construção de um trabalho interdisciplinar

Um momento muito inicial de nossa inserção nesse espaço de cuidados foi marcado pela observação do comportamento dos bebês, da dinâmica de trabalho da equipe e da entrada dos pais.

Não houve uma apresentação formal à equipe sobre nossa entrada e sobre o trabalho que pretendíamos desenvolver, o que acentuou algumas dificuldades iniciais - que serão abordadas a seguir - no estabelecimento de uma relação entre nossa equipe e a equipe da unidade.

Passamos, então, a conhecer as pessoas individualmente, quando precisávamos fazer alguma pergunta específica sobre algum paciente ou procedimento, ou quando alguns membros da equipe, movidos pela curiosidade, nos abordavam para saber quem éramos. Por se tratar, entretanto, de um ambiente de ensino, com grande rotatividade de pessoas, tais abordagens não eram muito frequentes.

Foi um período marcado por um grande desconforto de nossa parte. As tentativas de aproximação com os membros da equipe para propor-lhes abordagens diferentes das já conhecidas, instituídas e utilizadas por eles, sobre a prática no cuidado com os bebês, esbarravam constantemente em nosso receio de sermos invasivos e de estarmos de alguma forma desrespeitando seus próprios conhecimentos acerca de seu trabalho.

Nesse ponto é pertinente resgatar aspectos importantes que se referem à prática interdisciplinar traçando alguns paralelos com nossa proposta de trabalho. Almejávamos estabelecer com a equipe uma relação de troca e não de imposição de saber. Cabe ressaltar que havia muito de nossa parte a aprender com eles, pois o campo do atendimento intensivo neonatal também era relativamente novo para nós.

Pretendíamos estabelecer com a equipe de saúde uma relação de trabalho interdisciplinar, já que esta se configura como integração ou entrelaçamento de diferentes disciplinas que se expandem e se potencializam, com o intuito de construir um saber novo, voltado para um objetivo comum (VILELA & MENDES, *op cit.*) - ainda que, naquele momento, isso não estivesse claramente conceituado para nós.

O trabalho interdisciplinar, por se tratar de uma inter-relação entre disciplinas envolve, em grande medida, um questionamento de saberes já instituídos (*idem*), o que por si já é passível de causar certo estranhamento. No período inicial de nossa inserção, temíamos que este estranhamento pudesse repercutir em um afastamento, ou antes, em uma não-aceitação, por parte da equipe, de nossa presença.

Em nosso projeto prevíamos a necessidade de promover vivências corporais com a equipe através de técnicas da psicomotricidade, pois acreditávamos que isso poderia levar os profissionais a uma apropriação de nossas estratégias de intervenção (estabelecimento do diálogo tônico, sensibilização para os sinais não-verbais de interação do bebê), desenvolvendo, assim, a capacidade de estabelecer uma relação mais continente junto ao bebê. Esperávamos também, que tais vivências fariam emergir questões da própria equipe sobre seu dia-a-dia em um ambiente delicado e difícil como o de uma unidade intensiva.

A finalidade das vivências era que elas se desdobrassem nos cuidados com os bebês, uma vez que a equipe poderia se tornar imbuída de um cuidado mais envolvente, pois conforme afirma Mathelin (1999): "*Para ser continente é preciso poder dar algo de si mesmo*" (p.94). Isso se repercutiria, na prática, em abordagens capazes de promover um cuidado mais favorável ao desenvolvimento psicomotor do bebê, alcançando, em última análise, uma ação profilática de futuros distúrbios psicomotores que uma internação precoce pode acarretar.

Considerando “o desenvolvimento da sensibilidade” como condição primeira para o estabelecimento da interdisciplinaridade, já que se trata de algo vivido e experimentado, e não ensinado e aprendido (VILELA & MENDES, *op cit.*), podemos perceber que a proposta das vivências corporais com a equipe estava de acordo com esse princípio, muito embora, como já foi dito, não tivéssemos consciência disso na ocasião.

As sessões de vivência corporal, entretanto nunca se concretizaram, devido a questões de incompatibilidades de horários nosso, da equipe e das salas disponíveis para o desenvolvimento do trabalho, além da rotatividade dos residentes, o que nos conduziu à busca de propostas alternativas.

Ao relatarmos nossas dificuldades à chefe do serviço, foi proposto que fizéssemos uma apresentação teórica sobre o trabalho da psicomotricidade para um grupo composto de médicos residentes de primeiro e segundo anos. Abordamos junto a eles, entre outros temas, os sinais de estresse, conforto e desconforto emitidos pelo recém-nascido através de expressões faciais e corporais. Nesse tópico surpreendeu-nos o fato de eles relatarem desconhecer o assunto.

Tal desconhecimento faz remeter à questão abordada no capítulo anterior sobre a formação nas áreas biomédicas, cujo modelo pautado na eficácia e nas especializações acaba por fragmentar o olhar do profissional sobre o paciente, tornando-se um obstáculo para uma atenção humanizada (BATISTA 2006; DESLANDES, 2006).

O trabalho com este grupo trouxe como resultados, de uma maneira mais imediata, o reconhecimento por parte deles sobre a importância do que estávamos propondo, o que foi verbalizado pela maior parte das pessoas. Entre estas falas, vale ressaltar a de uma residente que sentia haver perdido a sensibilidade para o choro dos bebês, de tanto ouvi-los em seu cotidiano de trabalho.

Percebemos que isto promoveu uma maior aproximação com a equipe. De nossa parte, passamos a nos sentir mais à vontade dentro das unidades. Da parte do grupo isso apareceu tanto na utilização de algumas estratégias por nós apresentadas de abordagem junto aos bebês, quanto em perguntas específicas de nossa opinião sobre determinado comportamento de algum bebê; também apareceu através de solicitações para que ajudássemos nos procedimentos, acalmando os bebês com 'nossos' recursos.

Houve momentos em que apenas a nossa presença na unidade podia remeter os profissionais da UTI às estratégias que lhes apresentamos, levando a uma modificação de suas condutas junto aos bebês. Como certa vez em que alguns residentes tentavam colher amostra de sangue de um bebê que chorava e se apresentava bastante desorganizado. Ao nos verem, os profissionais passaram a oferecer o dedo mínimo para o bebê sugar e um toque firme e continente; o bebê se acalmou e a coleta foi realizada sem que precisássemos intervir.

Este grupo de residentes, no entanto, não permaneceu muito tempo nas unidades e não houve oportunidade de um trabalho semelhante com os novos grupos que chegaram durante mais de um ano.

A eficiência de 'nossos' recursos para 'acalmar' os bebês, todavia, foi pouco a pouco sendo difundida pela unidade e particularmente pela equipe de enfermagem. Assim, acabamos assumindo uma função de acalantar os bebês em momentos de procedimentos dolorosos ou desconfortáveis, o que não tencionávamos, pois conforme aludido anteriormente, nossos objetivos eram que esses recursos fossem incluídos no próprio lidar diário dos profissionais de saúde com os bebês.

A equipe de enfermagem, particularmente as auxiliares cujo trabalho envolve não apenas cuidados clínicos, mas a puericultura, o banhar, alimentar e as trocas fraldas têm oportunidades privilegiadas para estabelecer um vínculo especial com os bebês, conhecendo-os mais de perto,

percebendo as particularidades de cada um, estabelecendo uma relação de cumplicidade e tendo maiores percepções de suas demandas mais sutis (MATHELIN, *op cit.*).

Era nosso desejo contribuir para que as auxiliares e técnicas de enfermagem pudessem perceber a importância daquilo que atravessa seus cuidados, ou seja, sensibilizá-las para o fato de que, através das marcas invisíveis deixadas nos pequeninos corpos dos recém-nascidos durante os cuidados diários, elas estão proporcionando vivências que podem ser estruturantes do esquema e da imagem corporal desses bebês, alicerces para o futuro desenvolvimento de suas potencialidades (LEVIN, *op cit.*).

As situações de sermos chamadas se agravou, quando alguns profissionais passaram, durante procedimentos, a nos fazer solicitações como abrir uma embalagem de gaze ou pegar uma ampola, por exemplo, descaracterizando totalmente o tipo de apoio que nos propusemos a oferecer, pois passamos a ficar a serviço de facilitar a realização de seu trabalho, perdendo-se o foco no bebê e na questão interdisciplinar. Esses acontecimentos nos levaram a refrear nossa participação, impondo limites a este tipo de demanda e a repensar nossas formas de sensibilizar a equipe para o tipo de cuidado que vínhamos propondo.

Nesta situação podemos observar uma dificuldade que é própria da interdisciplinaridade, pois esta requer o entendimento e a aceitação das especificidades de cada uma das disciplinas envolvidas (suas possibilidades e limites) sem, contudo se tornar uma sobreposição de saberes ou de modos de atuação, mas sim, buscando manter a atitude de abertura que possibilite uma articulação entre os diferentes conceitos e práticas (GOMES & DESLANDES, *op cit.*).

Durante os procedimentos passamos, então, a sugerir mais e a atuar menos. As sugestões verbais, entretanto, são passíveis de causar certas resistências por parte do profissional, conduzindo a atitudes defensivas como, por exemplo, em uma situação em que nos aproximamos de um grupo que tentava realizar um procedimento doloroso com muita dificuldade, pois o bebê

estava transtornado. Propomos que fosse oferecido o dedo para o bebê sugar e um membro da equipe respondeu que não era possível, já que ele havia acabado de regurgitar e que isso o faria regurgitar novamente. Sugerimos, então, que se fornecesse continente através do toque e como tal sugestão foi ignorada e o bebê sofria, fizemos nós mesmas a intervenção pelo toque associado a um fala dirigida ao bebê, que resultou em sua imediata tranquilização.

Podemos notar na postura do referido profissional dois tipos de atitudes defensivas: uma em relação ao sofrimento do bebê, demonstrando a dificuldade de oferecer um acolhimento à sua dor e desconforto ao mesmo tempo em que realiza o procedimento doloroso. Mathelin (1999) discute esta questão:

A extrema dificuldade para a equipe será, por conseguinte, sem deixar de levar em conta os cuidados e tratamentos indispensáveis à sobrevivência do bebê, levar em conta igualmente seu sofrimento, o que ele tenta nos dizer, sua linguagem que passa quase sempre por seu corpo (pp. 94-95)

Este tipo de abordagem significa uma atenção a mais, o que pode causar uma ansiedade para o profissional e requerer, na prática, uma *sobrecarga de trabalho* (*idem*).

A outra atitude defensiva por parte do membro da equipe foi em relação a nossas sugestões. Para discutir tal atitude é necessário, mais uma vez, nos referirmos aos conflitos inerentes ao exercício da interdisciplinaridade que requer o remanejamento de conceitos já estabelecidos, introduzindo um novo modo de pensar as práticas (LAMEGO & MACIEL, 2002).

Foi um período que se caracterizou por certo afastamento entre nossa equipe e a equipe da unidade. A atitude do profissional em questão fez emergir a grande necessidade de se criar espaços de discussão com a equipe, o que nos conduziu, então, ao movimento (que se repetiu em vários outros momentos) de recolhimento, para reavaliação das estratégias de aproximação com os profissionais.

Passamos vários meses atuando quase que exclusivamente junto aos bebês e na tentativa de controle dos estímulos ambientais. Com os bebês, adotamos uma rotina que envolvia passar por cada leito ao entrarmos na unidade, verificando quem precisava de uma atenção mais imediata em termos de organização corporal (reposicionamento ou colo), contato ocular, direcionamento da voz cantada ou falada.

Algumas vezes chamávamos alguém da equipe para mostrar alguma necessidade específica de um bebê, fazendo uma espécie de mediação, ou para fazer alguma pergunta sobre o quadro clínico deles. Enquanto uma de nós passava por cada bebê, a outra lia os prontuários; depois, nos alternávamos nessas tarefas e, por fim, trocávamos entre nós o que havíamos percebido. A partir de então ficávamos em plantão atendendo a algum bebê que se desorganizasse ou chorasse e, ao final, repetíamos a passagem por todos os leitos.

Muitas vezes ocorreram situações em que avaliamos ser necessário deixar registros nos prontuários dos bebês, no entanto, como não nos sentíamos parte da equipe, receávamos que isso não fosse bem recebido.

A primeira situação que nos despertou para a necessidade de escrever no prontuários foi o caso de um bebê da UI, que não conseguia ser alimentado, pois colocava a dieta para fora, e não havia motivos, do ponto de vista médico, para tal acontecimento. Percebemos que este bebê apresentava um quadro de agitação psicomotora que beirava uma crise tônico-emocional. A agitação psicomotora é uma manifestação desordenada que inclui transtornos de alimentação e sono, acessos de cólera, descargas motoras, entre outras, afetando a criança e suas relações de maneira grave e intensa. A crise tônico-emocional se caracteriza por:

“(…)um estado de tensão extrema, punhos cerrados, braços fletidos, olhos energeticamente fechados e o corpo agitado por tremores. Vem acompanhada da suspensão de toda exploração e de toda comunicação, configurando-se como uma sintomatologia extremamente grave no primeiro ano de vida (LAMEGO &

MACIEL, *op cit.*, p. 156).

Atribuimos isso ao fato de este bebê se encontrar em um leito próximo ao telefone da unidade, à mesa em que acontecem as discussões de equipe, à pia e ao depósito de materiais, onde há todo tipo de ruído: abertura de embalagens plásticas, vozes, barulho da água caindo na pia, entre outros. É também um local de movimentação intensa, propiciando uma agitação também em termos de estimulação visual.

É importante recordar que cada bebê é um indivíduo único e para alguns é particularmente difícil se proteger da estimulação excessiva pelo mecanismo de *habituação*. Tais bebês precisam de ajuda extra para não ficarem totalmente vulneráveis aos estímulos estressores (BRAZELTON, *op cit.*).

Falamos com a equipe a respeito, mas sabíamos que era importante colocar no prontuário para que as pessoas dos outros plantões também tivessem um cuidado especial com aquele bebê. Para tentar preencher esta lacuna na comunicação com as equipes de plantões dos dias e horários em que não estávamos presentes e, também com o objetivo de abrir uma nova via de aproximação com equipe, criamos um livro de registros que chamamos “diário da psicomotricidade”, em que escrevíamos nossas observações sobre o ambiente, bebês e pais, e que permanecia na unidade para que todos pudessem ter acesso.

Desde nosso ingresso nas unidades observamos que a maior causa de desorganização dos bebês eram os estímulos ambientais, principalmente a iluminação e os ruídos. Em consequência disso acabamos assumindo o papel de ‘vigilantes’ do ambiente, solicitando constantemente que as pessoas falassem baixo, desligassem os celulares, desligassem alarmes que apitavam sem necessidade.

Algumas equipes adotavam a diminuição das luzes após a dieta ou mesmo nos momentos em que havia mães amamentando na UI. Mais raramente, devido aos quadros graves de alguns bebês, as luzes também eram diminuídas na UTI. É importante ressaltar que diminuir as luzes não era uma prática das unidades, mas uma iniciativa independente de algumas pessoas ou equipes.

Pudemos perceber que a diminuição das luzes levava as pessoas a falarem mais baixo, mesmo sem terem consciência disso. A penumbra e o ambiente mais silencioso facilitavam as interações entre os pais presentes e seus bebês e se algum bebê chorasse ou se algum alarme tocasse eram mais prontamente ouvidos, e a situação se resolvia mais rápido. Notamos nisso uma propagação de um estímulo positivo, que se desdobrava em vários outros alterando, assim, completamente as características do ambiente.

O mesmo princípio de propagação pode ser aplicado a estímulos nocivos, como foi possível observar e registrar certa vez, em que as unidades se encontravam tranquilas e a equipe de limpeza entrou, falando alto e soltando as tampas das cestas de lixo, que batiam produzindo um estampido. Isso levou automaticamente as pessoas a falarem mais alto, a alguns bebês a acordarem e se movimentarem, disparando alarmes, outros a chorarem e as mães presentes a deixarem de interagir com seus bebês, passando a olhar em torno.

A preocupação com o ambiente nos conduziu a introduzir novas estratégias. Percebemos a necessidade de um trabalho de sensibilização junto à equipe sobre a questão ambiental, e criamos, assim, ciclos de discussão sobre os estímulos ambientais e o desenvolvimento dos bebês.

A proposta dos ciclos foi selecionarmos um tema mensal (estímulos auditivos, visuais, toque, entre outros) sobre o qual levaríamos artigos para serem lidos e discutidos durante o horário de trabalho, na UI, em momentos de maior tranquilidade.

Iniciamos com o tema mais imperativo dos estímulos auditivos. O resultado foi bastante significativo, pois o próprio grupo trouxe diversas questões sobre a produção de ruídos desnecessários e sobre como poderiam ser evitados. Fizemos um registro de suas falas e afixamos na própria UI para que as equipes que não puderam participar pudessem ler.

Foi colocado pelo grupo a importância de se conversar com o bebê durante os procedimentos, pois mesmo que estes fossem dolorosos, o tom de voz do profissional poderia acalmá-los. Ressaltaram também sobre a importância da voz materna e sugeriram que nós, “da psicomotricidade”, realizássemos um trabalho com as mães nesse sentido. Relataram, ainda, ser difícil chamar a atenção de outros profissionais quanto ao tom de voz e uso de celulares, principalmente quando se trata de um superior dentro de uma hierarquia de organização de trabalho.

É relevante observar algumas questões que perpassam essas falas. Uma diz respeito a um conhecimento e reconhecimento dos profissionais sobre a necessidade de se oferecer aos bebês de um cuidado mais acolhedor e continente (JUNQUEIRA *et al*, 2006). Outra questão revela que a tentativa de produzir mudanças no ambiente de trabalho esbarra na questão das relações de poder, que é apontada como um dos obstáculos para uma prática interdisciplinar (GOMES & DESLANDES, *op cit.*) e conseqüentemente para uma atenção mais integrada.

Mantivemos o tema dos estímulos auditivos no mês seguinte, até começarmos a perceber mudanças no ambiente, então passamos para o tema dos estímulos visuais. Não foi possível seguir com a programação depois deste, pois ingressamos no curso de especialização e não havia mais tempo hábil para selecionar os artigos e organizar os ciclos. Comunicamos à equipe, através de um cartaz, que os ciclos seriam interrompidos.

A continuidade do projeto precisava, novamente, de uma reavaliação e busca de novas estratégias. Como somente a equipe de enfermagem participou dos ciclos, nos dirigimos a uma

profissional (médica e docente), responsável por uma das rotinas da UTI, para que pensássemos juntas alternativas para um trabalho com a equipe médica. Ela, então, ofereceu o horário de sessão clínica para que fizéssemos uma apresentação para médicos da rotina, plantonistas, aperfeiçoandos e residentes.

As sessões clínicas ocorrem em horários específicos, fora das unidades (no auditório) e, além de serem espaços de discussão de casos entre a equipe médica, são situações de ensino-aprendizado para os residentes e aperfeiçoandos. Ao conduzirmos uma das sessões estávamos sendo formalmente introduzidas em um ambiente de formação dos profissionais de medicina. A sessão aconteceu da seguinte forma: antes de iniciarmos a apresentação formal fizemos com o grupo uma dinâmica em que seus olhos foram vendados e os submetemos a vários tipos de estímulos: sonoros, táteis, gustativos e olfativos, alguns agradáveis outros perturbadores. Nos comentários que se seguiram sobre como se sentiram durante a dinâmica sugeriram palavras como 'invadido', 'vulnerável', 'apreensiva', 'incomodado'. Explicamos que é dessa forma que os recém-nascidos internados recebem os estímulos, sendo que para eles ainda é mais confuso, pois ainda não têm em seu desenvolvimento cognitivo, recursos para compreender e nomear o que estão passando.

No conteúdo da sessão apresentamos a psicomotricidade, as teorias sobre os estados de comportamento do recém-nascido, (que eles relataram desconhecer), os distúrbios psicomotores que podem ser observados já no recém-nascido internado e os que podem ocorrer no futuro desenvolvimento da criança em decorrência da internação. Finalizamos apresentando as estratégias e manobras que utilizávamos e que toda a equipe poderia utilizar para prevenir tais distúrbios.

No dia anterior à sessão clínica, havíamos fotografado na UTI, com autorização da equipe, um procedimento doloroso em um recém-nascido que fora realizado de forma bastante

adequada: um profissional oferecia um toque firme e continente, outro oferecia o dedo para o bebê sugar e os que estavam em torno dirigiam o olhar de maneira terna ao bebê, em uma atitude que também se revelava na postura corporal deles diante da criança, que sequer chorou durante o procedimento.

Ocorreu de as pessoas que apareciam nesta foto estarem presentes no grupo que assistia à sessão. Utilizamos a fotografia na apresentação para ilustrar um exemplo do que seria um cuidado acolhedor e foi bastante significativo, pois pudemos mostrar-lhes que estávamos falando de algo que eles já sabiam fazer, embora não tivessem teorizado ou feito uma reflexão mais profunda a respeito.

Winnicott (1999) considera que “*os pediatras, em geral, são pessoas capazes de se identificar com o bebê e segurá-lo, [holding] e talvez seja esta capacidade de identificação que atraia as pessoas para a pediatria*” (p.31). Entendemos que através da utilização dessa foto, foi possível resgatar para o grupo algo inerente a sua própria profissão que se sintonizava com o tipo de sensibilização que buscávamos fazer através da sessão. Isso permitiu que eles aparecessem como sujeitos daqueles conhecimentos que estávamos querendo compartilhar e não apenas como espectadores passivos, o que se desvia do modelo habitualmente encontrado nas dinâmicas de ensino-aprendizado das áreas de saúde (BATISTA, 2006).

O estreitamento dos laços da relação tecida entre nossa equipe e os profissionais das unidades no desenrolar desse percurso pode ser ilustrado por uma situação que consideramos o início de um exercício interdisciplinar. Trata-se do caso de um bebê, que estava internado na UTI em estado comatoso e sem perspectivas de sobrevivência.

Havia grande mobilização dos profissionais (não apenas da UTI, mas de outros setores) no sentido de oferecer apoio à mãe desse bebê. E apesar do bebê estar recebendo cuidados

médicos adequados e de qualidade, poucas pessoas se dispunham a pagá-lo no colo ou falar com ele, já que estava inconsciente.

Consideramos então, que era imperativo fazer um trabalho dirigido ao bebê. Realizamos uma abordagem que envolvia massagens e manobras de toque e direcionamento da voz com o objetivo de lhe oferecer conforto e bem-estar. Foi uma situação que nos mobilizou bastante, pois, tais abordagens carregam em si uma função de oferecer informações sensoriais (auditivas, táteis e proprioceptivas) que favorecem o bom desenvolvimento ulterior da criança. Assim, ao fazermos um investimento no presente, investíamos inevitavelmente em um futuro que sabíamos que, muito provavelmente, ele não teria.

Percebemos que sua temperatura corporal subia durante as abordagens, e ao relatarmos a um membro da equipe fomos informadas que esse bebê costumava apresentar uma febre, cuja causa já havia sido pesquisada, mas nada fora encontrado do ponto de vista médico.

Na dinâmica das intervenções com o bebê, entretanto, acabamos notando certas correspondências entre o que fazíamos e esse aumento de temperatura, bem como mudanças de coloração da pele e suor. Notamos também que quando dirigíamos a voz a esse bebê, em especial se pronunciássemos seu nome de forma melódica e musical, ele respondia com espasmos e tremores.

Consideramos importante relatar a sua mãe as respostas que percebíamos em seu bebê, procurando deixar claro que aquilo não significava que ele estivesse ‘acordando’ ou ‘voltando’, mas que era uma possível via de comunicação com o bebê naquele momento.

Apesar dessa cautela, nos preocupou que nossa fala pudesse se repercutir em falsas esperanças para essa mãe sobre uma possível recuperação de seu bebê. Procuramos, depois que a mãe saiu da unidade, apoio na equipe médica, expondo a situação.

Surpreendeu-nos a atitude da equipe que nos acompanhou até o leito do bebê para verem as reações de que lhes falávamos e, sem nenhum julgamento, nos ouviu e relatou que não interpretavam tais reações da mesma forma que nós; que de fato não sabiam explicar a febre e que entendiam os tremores como reações reflexas, parte de um quadro neurológico, sem significado de comunicação. Apesar das diferentes interpretações, nesse diálogo, a equipe demonstrou um claro respeito pelo nosso olhar, configurando-se como um momento de troca.

Quanto à questão da mãe também não houve críticas em relação a nossa conduta. A equipe relatou que realmente se tratava de uma situação complicada, por ser difícil avaliar o que dizer ou não a uma mãe nessa situação. Passaram então a falar das questões que eles próprios tinham a respeito de como suas falas repercutiam nas mães.

Na situação descrita é possível distinguir alguns pontos em que aparecem diversos aspectos de uma relação interdisciplinar. Em primeiro lugar a equipe demonstrou uma disposição para o diálogo (PORTO e ALMEIDA, 2002). Foi aberto um espaço de interlocução em que cada uma das partes expôs seus conhecimentos e questionamentos, mantendo o respeito às especificidades, numa dinâmica de intercâmbio voltada para um fim comum (VILELA & MENDES, *op cit.*): oferecer ao bebê e à mãe um cuidado integral.

- A abordagem dirigida aos pais

Para o trabalho com os pais, a concepção inicial do projeto previa uma abordagem junto às mães, através de encontros fora das unidades, com propostas de trabalho corporal voltado para as questões da adaptação do corpo da mulher no pós-parto e para a amamentação.

Pretendíamos proporcionar também, nesses encontros, um espaço de elaboração para as questões que elas sentissem necessidade expressar. Ficariam à disposição materiais lúdicos e

criativos como papéis, lápis de cor, tinta, argila e sucata com o objetivo de abrir caminhos não-verbais de comunicação e elaboração. Além disso, pretendíamos trazer algumas contribuições sobre a importância de seus cuidados durante a internação e após a alta para o desenvolvimento psicomotor de seus bebês.

Não foi possível, contudo, a realização de tais encontros pelas mesmas razões de coordenação de horários e salas que impossibilitou as vivências corporais com a equipe. Além disso, verificamos que as mães já participavam de atividades com profissionais das áreas de musicoterapia e psicologia. Percebemos, então, que não caberia a criação de mais um grupo, não só porque os pais já recebiam assistência para várias de suas demandas, como também por acreditarmos ser importante priorizar seu tempo junto aos seus filhos dentro das unidades.

Assim, passamos a fazer um tipo de abordagem em que a conduta era: nos apresentarmos, explicarmos nosso trabalho, falarmos um pouco sobre o bebê mostrando algumas peculiaridades e competências, e então nos colocávamos a disposição para conversas ou perguntas e, finalmente, nos afastávamos para garantir-lhes privacidade em suas interações com o filho ou filha sem maiores interferências.

Cabe ressaltar que inúmeras vezes sentíamos um estranhamento ao falarmos com os pais sobre nosso trabalho, pois se trata de um trabalho voltado para um futuro, que naquele momento em que as questões presentes da internação do filho ou filha são imperativas, pode ser difícil para eles vislumbrar.

Sempre foi uma preocupação para nós, que nossa intervenção não fosse iatrogênica, no sentido de, ao tentarmos estabelecer uma aproximação, acabarmos desautorizando os pais, principalmente as mães, fazendo com que se sentissem incapazes ou incompetentes para cuidarem de seus bebês. A própria situação de internação pode gerar esse tipo de sentimento. No entanto, muitas mães conseguem ultrapassar as barreiras que a hospitalização impõe e encontrar

caminhos, através de seus recursos internos, para uma aproximação com o bebê. Nesse momento, palavras de orientação por parte da equipe podem ser mais prejudiciais do que úteis, conforme nos coloca Winnicott (1999):

Quando uma mãe é capaz de ser mãe com toda naturalidade, jamais devemos interferir. Ela será incapaz de lutar pelos seus direitos, pois não terá uma compreensão dos fatos. Tudo que saberá é que foi ferida. (...) É muito comum que uma mãe passe anos de sua vida tentando curar esse ferimento, que na verdade foi causado por nós quando, desnecessariamente, interferimos em algo que, de tão simples, não nos pareceu importante (p.11).

A delicadeza que o trabalho junto aos pais requer, conduziu-nos a uma atitude mais de escuta e disponibilidade do que de intervenção. Dessa forma, tivemos alguns resultados positivos de pais que nos procuravam para falar sobre questões de desenvolvimento, de interação com o bebê e modos de proporcionar conforto.

- Em busca de um lugar institucional

A trajetória de desenvolvimento do projeto não foi linear, ao contrário, em vários momentos ocorreram descontinuidades. O fato de não contarmos com recursos financeiros e suporte para outros fins (xerox, sala, entre outros), muitas vezes, nos levou a mudanças de horário, ou necessidade de afastamentos temporários em virtude de outros trabalhos remunerados a que precisávamos nos dedicar. Estas descontinuidades podem ser entendidas como reflexo de uma questão mais abrangente que se refere ao nosso lugar dentro da instituição.

Depois de quase três anos tornou-se inviável manter o andamento do projeto sem um suporte maior e partimos, então, em busca de apoio. Tal busca ocasionou nosso encontro com os

Amigos da Maternidade Escola (AME), grupo de voluntários que auxilia e atende a diversas necessidades de mães e bebês internados nos alojamentos conjuntos.

Desse encontro nasceu uma parceria em que nos foi oferecido mais apoio. De nossa parte, tentamos contribuir participando das reuniões e oferecendo um mini-curso teórico-prático de Shantala. Essa parceria, no entanto, foi breve, pois os compromissos acadêmicos após nosso ingresso na especialização somados ao tempo de atuação na UTI e UI nos absorveram completamente. Além disso, ao assumirmos o papel de voluntárias estávamos nos distanciando de nosso objetivo inicial que era o reconhecimento da psicomotricidade como um serviço a ser implementado no atendimento aos bebês internados na UI e UTI.

Ingressamos na especialização em busca de aprimoramento no campo da atenção materno-infantil. E, assim, passamos a ter o estatuto de alunas da instituição, o que nos garantiu um lugar de reconhecimento e identidade, mas que sabíamos se tratar de um lugar temporário.

Reunimos certificados de apresentações de nosso trabalho em seminários de psicomotricidade realizados em outras instituições e no IX Congresso Brasileiro Psicomotricidade, cópia da publicação do mesmo em anais, somados aos materiais que havíamos criado para o trabalho realizado com a equipe, e levamos à direção da Maternidade Escola para discutirmos os tipos de apoio que a instituição poderia nos oferecer, para viabilizar a continuidade de nosso trabalho.

Nessa reunião foram levantadas as questões sobre a necessidade de apoio financeiro e material para o desenvolvimento do trabalho e sobre as possibilidades de inserção institucional. Houve uma solicitação para que refizéssemos nossa proposta de trabalho traçando os novos rumos criados pela experiência do projeto piloto. Tal proposta encontra-se em andamento para ser rerepresentada em outra oportunidade em que serão discutidas alternativas que possibilitem a continuidade do trabalho.

Capítulo IV: Considerações Finais

Da experiência relatada no capítulo anterior articulada ao referencial teórico apresentado, passamos a destacar alguns pontos considerados relevantes e que nos ajudam a estabelecer os limites e possibilidades de uma prática e sua articulação com os outros campos de saber envolvidos na atenção ao bebê internado em UTI Neonatal:

- Cuidar de recém-nascidos em situação de internação hospitalar requer abordagens que visem, além do tratamento das questões biológicas / orgânicas, àquelas relacionadas à sua qualidade de vida no período de internação e a proteção de seu futuro desenvolvimento psicomotor.
- Oferecer um ambiente adequado ao bom desenvolvimento psicomotor dos recém-nascidos hospitalizados requer o envolvimento de todos os que lidam com esses bebês. Para que este envolvimento aconteça, é necessário que haja um trabalho de sensibilização, que, por sua vez, implica em uma modificação das condutas já instituídas nesse tipo de cuidado.
- Apesar dos conhecimentos disponíveis sobre as necessidades de cuidados contínuos e competências de interação do recém-nascido, a aplicação desses conhecimentos na abordagem dos bebês internados em UTI Neonatal ainda se configura como um desafio para os profissionais intensivistas. Isso ocorre por fatores que englobam o estresse pela gravidade das situações enfrentadas nesse

campo, pela carga excessiva de trabalho e algumas características da formação do profissional das áreas biomédicas.

- A formação dos profissionais de saúde ainda é fortemente marcada pelo método cartesiano positivista, o que acentua as dificuldades para se incorporar abordagens mais abrangentes no cuidado com o bebê hospitalizado.
- Por se tratar de uma disciplina originada do entrelaçamento de várias outras, a psicomotricidade possui características essencialmente interdisciplinares que favorecem o trabalho em interface com profissionais de saúde de outras categorias, apontando para um trabalho conjunto e visando a oferecer um cuidado diferenciado aos bebês internados.
- A dinâmica interdisciplinar envolve confrontos e conflitos que são naturais e até necessários para a abertura conceitual que ele exige dos profissionais envolvidos.
- Os resultados alcançados a partir da inserção da psicomotricidade na UTI mostram que, propor um trabalho novo em um campo de conhecimentos já instituídos, requer uma atitude de escuta e de abertura para o diálogo e a troca. A prática nos ensinou que o exercício da interdisciplinaridade implica em um movimento de reflexão e reformulação constantes e, somente assim, é possível perceber e descobrir os limites e possibilidades de um trabalho integrado.

- Acreditamos que foi possível contribuir, ainda que modestamente, na formação e na prática dos profissionais com quem tivemos oportunidade de trocar, assim como certamente eles contribuíram para o grande aprendizado que tivemos neste período.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AJURIAGUERRA, J. de. **Manual de Psiquiatria Infantil**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, s/d.
- AUCOUTURRIER, B., DARRAULT, I., EMPINET, J. L. **A Prática Psicomotora: Reeducação e Terapia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- BATISTA, S. H. da S. A interdisciplinaridade no ensino médico. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro. v. 30, n.1, jan./abr. 2006.
- BÉZIER, M-M, HUNSINGER, Y. **O Bebê e a Coordenação Motora: os gestos apropriados para lidar com a criança**. 2. ed. São Paulo: Summus, 1994.
- BOYSSON-BARDIES, B. O Papel da Prosódia na Emergência da Linguagem como Estrutura Intencional dentro e a partir da Estrutura Biológica. In: **A Inteligência Anterior à Palavra: novos enfoques sobre o bebê**. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- BRAGA, N. de A., MORCH, D. S. Os Primeiros Dias na UTI. In: **Quando a Vida Começa Diferente: o bebê e sua família na uti neonatal**. MOREIRA, M E.L., BRAGA, N. A, MORSCH D. S. (Orgs). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- BRAZELTON, T. B.; BRAZELTON, T. B., CRAMER, B. G. **As Primeiras Relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- _____ & GREENSPAN, S. I. **As Necessidades Essenciais das Crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- CAPRARA, A., & FRANCO, A. L. e S. A Relação Paciente-Médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, s/n, jul-set, 1999.
- DESLANDES, S. F. **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- DRUON, C. Ajuda ao Bebê e aos seus Pais em Terapia Neonatal. In: WANDERLEY, Daniele de Brito (Org.). **Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade**. Salvador: Ágalma, 1999.
- DUTRA, A. **Medicina Neonatal**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.
- FONSECA, V. **Psicomotricidade**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

_____. **Manual de Observação Psicomotora: significação psiconeurológica dos fatores psicomotores.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

GIANINI, N. O. M., Melo, A. C. de A. Atenção Humanizada ao Recém-nascido. In: DUTRA, Adauto (Org.). **Medicina Neonatal.** Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

GOMES, R. & DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 2, n.2, jul. 1994.

JUNQUEIRA, M. F. P. S., LAMEGO, D. T. C., MORCH, D. S., DESLANDES, S. F. Os Desafios da Humanização em uma UTI Neonatal Cirúrgica. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

KLAUS, M. H. & KLAUS, P. H. **O Surpreendente Recém-Nascido.** São Paulo: Artes Médicas, 1989.

LAMEGO, D. T. C. & MACIEL, M. A. Psicomotricidade e Interdisciplinaridade: uma Experiência em Saúde Pública. In: FERREIRA, Carlos Alberto de Mattos, THOMPSON, Rita, MOUSINHO, Renata (Orgs.) **Psicomotricidade Clínica.** São Paulo: Lovise, 2002.

_____. Bebês Hospitalizados: uma Reflexão sobre o Corpo, o Espaço e o Tempo. In: FERREIRA, Carlos Alberto de Mattos, THOMPSON, Rita, MOUSINHO, Renata (Orgs.) **Psicomotricidade Clínica.** São Paulo: Lovise, 2002.

LAMY FILHO, F. A Equipe da UTI Neonatal. In: **Quando a Vida Começa Diferente: o bebê e sua família na uti neonatal.** MOREIRA, Maria Elizabeth Lopes, BRAGA, Nina de Almeida, MORSCH Denise Streit (Orgs). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

LE CAUMUS, J. **O Corpo em Discussão: da reeducação psicomotora às terapias de mediação corporal.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

LEVIN, E. **A Clínica Psicomotora: o corpo na linguagem.** Petrópolis: Vozes, 1995.

MATHELIN, C. **O Sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com bebês prematuros.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MORSCH, D. S. Cuidando da Família em UTI Neonatal. In: CARVALHO, Manoel de, LOPES, José Maria de Andrade (Orgs.) **Avanços em Perinatologia.** Rio de Janeiro: Medsi - Ganabara Koogan, 2005

MOREIRA, M. E. L., BOMFIM, O. M. Um Nascimento diferente. In: MOREIRA, Maria Elizaneth Lopes, BRAGA, Nina de Almeida, MORSCH, Denise Streit (Orgs). **Quando a Vida Começa Diferente: o bebê e sua família na uti neonatal.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

_____, BRAGA, N. A., MORSCH, D. S., RODRIGUES, M. A. Conhecendo uma UTI Neonatal. *In: MOREIRA, Maria Elizaneth Lopes, BRAGA, Nina de Almeida, MORSCH, Denise Streit (Orgs). Quando a Vida Começa Diferente: o bebê e sua família na uti neonatal.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MELLIER, D. Les Regards du Bébé. *In: Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence.* v. 49. n. 7. Lê Bébé et le Regard. p. 414-418, 2001.

Mínayo, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992.

MONTAGU, A. **Tocar: o significado humano da pele.** São Paulo: Summus, 1998.

OLIVEIRA, P. S. Caminhos de construção da pesquisa em Ciência Humanas. *In: OLIVEIRA, Paulo de Salles (Org.) Metodologia das Ciências Humanas.* São Paulo: HUCITEC / UNESP, 1998.

PORTO, M. F. S., ALMEIDA, G. E. S. Significados e Limites das Estratégias de Integração Disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. *In: Ciência & Saúde coletiva.* Rio de Janeiro, v.7, n.2., 2002.

PSICOMOTRICIDADE, Sociedade Brasileira - Colégio Nacional. **Definição.** Rio de Janeiro, s/d. Disponível em: www.psicomotricidade.com.br/psicomotricidade/definição. Acesso em 14 mai. 2007.

SABOYA, B. **Bases Psicomotoras: aspectos neuropsicomotores e relacionais no primeiro ano de vida.** Rio de Janeiro: Trainel, 1995.

TAMEZ, R. N. & SILVA, M. J. P. Controle da Dor e Sedação no Recém-Nascido. *In: TAMES, Raquel Nascimento. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SZEJER, M. **Palavras para Nascer: a escuta psicanalítica na maternidade.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

VILELA, E. M., MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e Saúde: estudo bibliográfico. *In: Revista Latino-Americana de Enfermagem.* Ribeirão Preto, v.11, n.4, jul./ago, 2003.

WINNICOTT, D. W. **Textos Selecionados: da Pediatria à Psicanálise.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____, D. W. **Os bebês e suas mães.** 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.