



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL**

CASSIA PATRICIA BARROSO PERRY

**INCLUINDO O PSÍQUICO EM UMA UTI NEONATAL:
QUANDO O CUIDADO COM O BEBÊ PREMATURO SE FAZ PELA PRESENÇA**

Rio de Janeiro

2025



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE PERINATAL**



CASSIA PATRICIA BARROSO PERRY

<http://lattes.cnpq.br/5508484323145679>

**INCLUINDO O PSÍQUICO EM UMA UTI NEONATAL:
QUANDO O CUIDADO COM O BEBÊ PREMATURO SE FAZ PELA PRESENÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso (artigo) apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de **Especialista em Saúde Perinatal**, com ênfase em Psicologia.

Orientadora: Camila Carpes Chafic Haddad
<http://lattes.cnpq.br/6805623953027420>

Rio de Janeiro

2025

CIP - Catalogação na Publicação

P462i Perry, Cassia Patricia Barroso
Incluindo o psíquico em uma UTI Neonatal: quando
o cuidado com o bebê prematuro se faz pela presença
/ Cassia Patricia Barroso Perry. -- Rio de Janeiro,
2025.
52 f.

Orientadora: Camila Carpes Chafic Haddad.
Trabalho de conclusão de curso (especialização) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade
Escola, Residência Multiprofissional em Saúde
Perinatal, 2025.

1. Prematuridade. 2. UTI Neonatal. 3.
Psicologia. 4. Estimulação Precoce. I. Haddad,
Camila Carpes Chafic, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

**INCLUINDO O PSÍQUICO EM UMA UTI NEONATAL:
QUANDO O CUIDADO COM O BEBÊ PREMATURO SE FAZ PELA PRESENÇA**

Cassia Patricia Barroso Perry

Orientadora: Camila Carpes Chafic Haddad

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da
Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional em Saúde Perinatal
com ênfase em psicologia

Data da defesa: 13/03/2025

Membros da Banca:

Bruna C. P. Haddad

Presidente: Orientadora Ms Camila Carpes Chafic Haddad; psicóloga da Maternidade Escola da UFRJ

Solange Frid Patrício

Avaliador externo: Phd. Solange Frid Patrício; Diretora, coordenadora e psicóloga do Instituto
Maternelle e docente da PUC-RIO

Maura Rodrigues de Castilho

Avaliador interno: Ms Maura Rodrigues de Castilho, Chefe da unidade de terapia intensiva neonatal
da Maternidade Escola da UFRJ

[...] Deixar-se “capturar” na relação com a criança, aceitar que haja uma interação, uma troca. Para ser continente, é preciso poder dar algo de si mesmo. É isso que nos parece essencial nesse laço da equipe com os bebês.

Catherine Mathelin em “O Sorriso da Gioconda: Clínica Psicanalítica com Bebês Prematuros”

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
1 INTRODUÇÃO.....	8
2 METODOLOGIA.....	14
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
3.1 Introduzindo o assunto: a importância da inclusão da fala dirigida ao bebê no cuidado na UTIN.....	17
3.2 O que já é feito que tem efeito? Percepção dos profissionais do impacto subjetivo da internação em UTI neonatal no desenvolvimento dos bebês e o cuidado pela presença que já acontece informalmente.....	23
3.3 A proposição de novos diálogos: as repercussões do Grupo Focal na reflexão e prática dos profissionais.....	30
3.3.1 Instrumento de avaliação de risco psíquico de bebês prematuros internados em uma UTIN.....	33
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	38
ANEXO A - Parecer Consustanciado Do Comitê De Ética Em Pesquisa...	42
ANEXO B - Guia de Temas.....	46
ANEXO C - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido.....	48
ANEXO D - Folha de Aplicação Instrumento de Avaliação de Risco Psíquico de Bebês Prematuros Internados em uma UTIN.....	50



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA



PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL

**INCLUINDO O PSÍQUICO EM UMA UTI NEONATAL:
QUANDO O CUIDADO COM O BEBÊ PREMATURO SE FAZ PELA PRESENÇA**

Cassia Patricia Barroso Perry¹
Camila Carpes Chafic Haddad²

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é considerada uma área crítica, onde são internados pacientes que nasceram prematuramente ou com alguma gravidez. Nascidos antes do tempo, bebês prematuros possuem especificidades e não podem ser observados como recém-nascidos a termo, sendo importante intervir precocemente visando o seu melhor desenvolvimento físico e psíquico. Nesse sentido, objetivou-se compreender quais aspectos devem ser observados em bebês prematuros internados na UTIN quanto ao seu desenvolvimento psíquico e quais intervenções se tornam necessárias, tomando como referência a atenção precoce. Realizou-se um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, em uma maternidade pública de alto risco fetal, no município do Rio de Janeiro. Foram realizados dois grupos focais com 8 profissionais, um representante de cada categoria profissional que atua na UTIN. Analisou-se os dados por meio da análise de conteúdo, na modalidade temática, conforme Gomes (2016). Foram identificadas e discutidas 3 categorias: (1) Introduzindo o assunto: a importância da inclusão da fala dirigida ao bebê no cuidado na UTIN; (2) O que já é feito que tem efeito? Percepção dos profissionais do impacto subjetivo da internação em UTI neonatal no desenvolvimento dos bebês e o cuidado pela presença que já acontece informalmente; e (3) A proposição de novos diálogos: as repercussões do grupo focal na reflexão e prática dos profissionais. No final foi proposto um instrumento de avaliação de risco psíquico de bebês prematuros internados em uma UTIN articulando o que é exposto na literatura com os conhecimentos discutidos nos grupos focais.

Descritores: Prematuridade, UTI Neonatal, Psicologia, Estimulação Precoce

¹ Psicóloga residente. Maternidade Escola da UFRJ. cassiaperry57@gmail.com

² Psicóloga. Maternidade Escola da UFRJ. camilahaddad@me.ufrj.br

ABSTRACT

The Neonatal Intensive Care Unit (NICU) is considered a critical area, where patients who were born prematurely or with some serious condition are admitted. Born before the time, premature babies have specificities and cannot be observed as full-term newborns, thus, to improve their physical and mental development, it is important to intervene as early as possible. Taking that into consideration, this study aimed to understand which aspects should be observed in premature babies admitted to the NICU regarding their psychological development and which interventions become necessary, taking early intervention as a reference. A descriptive study, with qualitative approach, was carried out in a public maternity hospital with high fetal risk, in the city of Rio de Janeiro. Two focus groups were held with 8 professionals, one representative from each professional category working on the NICU. The data was analyzed through content analysis, in thematic modality, according to Gomes (2016). Three categories were identified and discussed: (1) Introducing the subject: the importance of communicating with the babies admitted to the NICU; (2) What's already done that has an effect? Professionals' perception of the subjective impact of hospitalization on the development of babies and the early intervention that happens informally; and (3) Proposing new dialogues: the repercussions of the focus group on the reflection and practice of professionals. In the end, an instrument for assessing the psychological risk of premature babies admitted to a NICU was proposed, articulating what is exposed in the literature with the knowledge discussed in the focus groups.

Keywords: Neonatal Prematurity, Intensive Care Units, Neonatal, Psychology, Early Intervention

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) dentro de um hospital ou maternidade é considerada uma área crítica, onde são internados pacientes de zero (0) a 28 dias de vida que nasceram prematuramente ou com alguma gravidez e/ou descompensação (alterações respiratórias, cardíacas, malformações, etc.) que necessite de cuidado especializado e intensivo (Brasil, 2017). É composta pelas chamadas tecnologias duras, como por exemplo, incubadoras, monitores de sinais vitais, respiradores e sondas nasogástricas, como também por tecnologias leves, como a equipe multiprofissional que trabalha nesse ambiente 24hrs/dia. Neste cenário de intensividade e múltiplas tecnologias para dar conta das demandas, a UTIN se configura como um ambiente que, por um lado, busca a manutenção das vidas e saúde dos recém nascidos ali presentes e, por outro lado, é caracterizado como um lugar de alto nível de tensão, movimentação e com diferentes fontes de estresse físico e psicológico para os recém nascidos como, por exemplo as luzes fortes, altos níveis sonoros,

manuseio excessivo, além dos procedimentos dolorosos e invasivos a que os bebês são submetidos (Soares & De Paula, 2020).

Os bebês já despendem bastante esforço cotidianamente para manter sua homeostase em condições adversas impostas pelo nascimento prematuro e, além disso, ainda precisam lidar com o ambiente que, por si só, pode ser super estimulante e iatrogênico. Na realidade do dia-a-dia das UTINs, o que se vê é, muitas vezes, os bebês sendo retirados do estado de conforto mínimo que seus próprios organismos encontraram, por intervenções do ambiente e dos profissionais (nem sempre essenciais) e que exigem dele grandes esforços para que consigam depois retornar para o equilíbrio no qual se encontravam. Acredita-se que a maneira de intervir na UTI pode ter repercussões não apenas físicas, mas também no seu desenvolvimento psíquico (Soares & De Paula, 2020), fato que é ainda mais delicado quando tratamos de recém-nascidos pré-termo, extremamente sensíveis ao ambiente (Mathelin, 1999; Wanderley, 1999).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2023), todo parto com menos de 37 semanas é classificado como prematuro. Considerando o impacto da idade gestacional no desenvolvimento do feto, a prematuridade pode ser classificada como tardia (entre a 34^a e 36^a semana e seis dias), moderada (32 a 33 e seis dias), muito prematura (28 a 31 e seis dias) e extrema (bebês nascidos abaixo de 28 semanas). Quanto menor a idade gestacional, maior o risco para o desenvolvimento e sobrevivência do bebê. De acordo com relatório Born too Soon³ (2023), no mundo, 10% dos nascimentos por ano são prematuros, de forma que, em 2020, 13,4 milhões de bebês nasceram prematuramente. Ademais, segundo o Ministério da Saúde (2022), aproximadamente 340 mil bebês nascem prematuros no Brasil por ano.

Nascidos antes de estarem preparados, bebês prematuros dependerão de aparelhos tecnológicos que, até pretendem, mas em nada se igualam à complexidade do ambiente proporcionado pelo útero da mãe. Conforme apontado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017), a compreensão de que esses bebês não são mais fetos, visto que já nasceram, mas também não podem ser observados como recém-nascidos a termo, convoca uma nova visão quanto aos períodos evolutivos desses lactentes. Assim, para além da preocupação com a fisiologia, o ambiente oferecido nas UTINs é de grande importância para seu cuidado (Brasil, 2017), já que o nascimento prematuro “[...] modifica o ambiente sensorial da criança e oferece estímulos para os quais, com frequência, ela não está preparada” (Brasil, 2017, p.2010).

³Relatório divulgado em 2023, realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com a Unicef e a Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil

Indo ao encontro dessa concepção, diferentes autores da psicologia nos mostram que, uma vez que o corpo sofre estresse, ele lembrará do ocorrido (Giguer, 2019). Assim, para além da sobrevivência daquele bebê, é importante colocar-se a questão de como ele irá sobreviver, isto é, quais as condições que ele terá para viver com alguma qualidade esta vida que lutaram tanto para salvar. É preciso atentar-se ao fato que esse processo de sobrevivência pode parecer primeiramente apenas físico, mas também possui incidências na construção subjetiva do lactente que se vê longe da sua família e cercado de estímulos externos e intensos (Papalia & Feldman, 2013; Santos, 2019).

As experiências infantis precoces adquirem na atualidade extrema relevância, de forma que muito se discute sobre a influência dos processos psíquicos iniciais como decisiva na determinação das configurações nervosas e na estruturação do sistema mental. Pesquisas recentes apontam para a possibilidade de detecção de transtornos psíquicos aos 18 meses ou até antes (Baron-Cohen *et al.*, 1992; Laznik, 1997). Ademais, efeitos de uma intervenção psicanalítica precoce vêm sendo descritos há 70 anos (Mathelin, 1999; Wanderley, 1999; Winnicott, 2020 [1896-1971]). A clínica da estimulação precoce, como um campo do saber que se constituiu mais recentemente, vem evidenciar que o desenvolvimento da linguagem, da psicomotricidade, de hábitos e capacidades de aprender depende de estímulos constituintes provenientes do brincar e da relação cotidiana entre bebê e cuidador, e não de tecnicismos descontextualizados (Rede-bebê, 2018).

A estimulação precoce, então, é definida como um “programa de acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional com bebês de alto risco e com crianças pequenas acometidas por patologias orgânicas buscando o melhor desenvolvimento possível” (Brasil, 2016, p.5). Para tanto, objetiva-se intervir precocemente com bebês para que sequelas do desenvolvimento neuropsicomotor, na aquisição da linguagem, na socialização e na estruturação subjetiva possam ser amenizadas (Brasil, 2016). O desenvolvimento infantil representa um processo multifacetado e integral que se inicia mesmo antes da concepção e engloba desde seu crescimento físico, até sua maturação neurológica e relações socioafetivas (Organização Pan-Americana de Saúde, 2005), podendo enfrentar obstáculos como se vê em alguns desfechos perinatais⁴, dentre eles, a prematuridade. Dessa forma, qualquer programa de estimulação do desenvolvimento da criança deve ter seu início desde a concepção, até os 3

⁴Outros fatores de risco para o desenvolvimento infantil incluem: asfixia perinatal, hemorragia periventricular, displasia broncopulmonar, distúrbios bioquímicos do sangue (hipoglicemia, policitemia e hiperbilirrubinemia), malformações congênitas (por exemplo, a microcefalia), infecções congênitas ou perinatais (toxoplasmose, sífilis, rubéola, herpes, HIV, citomegalovírus), restrição ao crescimento uterino e mães usuárias de drogas (Resegue; Puccini; Silva, 2007).

anos de idade da criança visto que seu cérebro se desenvolve rapidamente durante a primeira infância, o que constitui uma “janela de oportunidades” para intervenções que permitirão um bom desenvolvimento infantil (Unicef, 2015).

Quanto aos processos psíquicos que ocorrem durante essa janela podemos destacar os estudos de Winnicott (1896-1971), pediatra e psicanalista inglês que se interessou pelos processos psíquicos de crianças pequenas, a importância do primeiro ano de vida, do brincar e da relação com o ambiente para sua constituição. Se tornando uma referência teórica na área, o pediatra teorizou sobre a separação Eu x Não Eu (2020 [1968]), destacando que, nos primeiros meses de vida, o bebê vive o ambiente como parte íntegra de si, ou seja, uma extensão de si mesmo. Assim, é o ambiente que vai agir em favor da sua integração e autonomia - processos de amadurecimento que são essenciais para a sua constituição como sujeito. Para a psicanálise, o “sujeito” é aquele que se constitui a partir da interação com o Outro⁵ (Iaconelli, 2023), atravessado pela linguagem. Ou seja, o psiquismo, sua estrutura psíquica e, então, sua subjetividade, não estão colocadas desde o nascimento do corpo físico. A subjetividade precisa ser constituída, estruturada, tendo como base a inserção do bebê nas relações simbólicas pré-existentes.

Dessa forma, para atingir seu potencial hereditário, constituindo sua subjetividade e então ascender à condição de sujeito, o bebê deve ter uma provisão ambiental adequada, o que implica receber afeto para além dos cuidados físicos que ele necessita (Winnicott, 2020 [1967]). Para o psicanalista e pediatra, “os afetos constituem um ponto de partida, uma condição da constituição psíquica e da própria existência humana” (Lejarraga, 2008).

O desenvolvimento emocional do indivíduo é teorizado em termos de relações de dependência, da jornada de um lactente que parte de um estado de dependência absoluta e progride, com condições ambientais favoráveis, para graus maiores de independência (Lejarraga, 2008, p.89)

Assim, a todo momento Winnicott ressalta a importância do meio ambiente, cujo papel desempenhado pode facilitar, ou não, o desenvolvimento infantil. De acordo com a teoria winnicottiana, o ambiente se dá como sinônimo de cuidados maternos e vice-versa, já que no início a mãe - ou o cuidador primário - funciona, tanto em termos biológicos quanto em termos psicológicos, como o primeiro ambiente para o bebê. Com a criança ainda no útero ou no colo, sendo segurada e cuidada, a mãe fornece o ambiente físico que gradualmente torna-se psicológico. Os cuidados fornecidos pela mãe, então, associados a uma tendência de

⁵ “Outro”, é um conceito lacaniano que, de maneira simplificada, representa a instância primordial para a constituição do sujeito, já que faz valer a alteridade. O Outro, segundo Lacan, é o lugar do significante e o Sujeito, que não nasce automaticamente quando o bebê nasce, terá que se situar como determinado pelo significante. O Outro, portanto antecede o sujeito e o determina (Lacan, 1962-1963).

desenvolvimento herdada pelo bebê, permitem que o indivíduo vá se constituindo como sujeito.

Para além de Winnicott, Mathelin (1999) aborda a tese da médica M. Mosakowski (1996) na qual ela discute como as crianças são sensíveis aos afetos:

Com dois dias de vida, podemos registrar suas reações e constatar que elas são diferentes quando a mãe lhes fala de modo triste, alegre ou zangado. Por outro lado, os bebês não reagem se lhes fazem ouvir as mesmas falas ditas pela mãe por intermédio de um gravador que passa a fita ao contrário (Mathelin, 1999, p.37).

Para tratar disso, será abordado durante o artigo o que foi denominado de “cuidado pela presença”. Ou seja, para além dos manuseios e intervenções físicas, o bebê também deve ter um ambiente que olha para ele, se dirige de maneira intencional, supondo que ali existe alguém que pode responder de alguma forma, se comunicando com ele e transmitindo segurança por meio do afeto. Como discutem as teorias psicanalíticas (Mathelin, 1999; Wanderley, 1999; Winnicott, 2020 [1968]), a comunicação é algo que se estabelece de modo intenso desde o início da vida. O bebê, que ainda não consegue fazer uso da linguagem verbal, se expressa pelo choro; choro esse que comunica desconforto, fome, irritação, ou diferentes estados emocionais e necessidades que ele apresenta. Dessa forma, Mathelin (1999) irá discutir como os lactentes são “sedentos de palavra”, pedindo, a todo momento, uma interpretação desse choro pelo outro. Assim, é o outro que interpreta o grito do bebê e o insere no mundo simbólico, o que é extremamente importante para que ele comprehenda que o ambiente é capaz de entendê-lo e de responder a sua demanda. Se endereçando aos seus cuidadores, ele procura ser habitado por seus afetos, pensamentos e desejos, que lhe trarão sentido para o seu choro desgovernado.

Winnicott irá definir esse tipo de comunicação como silenciosa (Winnicott, 2020 [1968]). Para além da verbalização, o bebê clama por presença, por um olhar direcionado à ele, o que o permite confiar que o ambiente o entende e estará sempre lá para o sustentar. O conceito de Holding⁶, por exemplo, traduzido como sustento, é definido pelo autor (1945) como o segurar físico da estrutura física do bebê que traz contorno e conforto a ele e que,

⁶Para Winnicott, a mãe, ou o cuidador primário, deverá desempenhar 3 funções: *Holding*, *Handling* e Apresentação de objeto (Winnicott, 1945). O *holding* (sustento) possui uma função tanto física quanto psíquica, representando uma parte básica do cuidado durante a qual o bebê poderá se identificar com seu cuidador. O *handling*, por sua vez, é traduzido por manejo, englobando todo tipo de contato corporal, ou seja, os cuidados físicos e manuseios do bebê como dar banho, trocar, amamentar etc. Nesse sentido, é o handling que permite uma integração entre a realidade interna (vida psíquica) do bebê com o seu próprio esquema corporal (vida objetiva). Por último, a apresentação de objetos auxilia o lactente a entrar em contato com o mundo, podendo, então, se relacionar com objetos. Assim, apresentar objetos significa apresentar o mundo para o bebê, o que deve ser feito em pequenas doses para que o ambiente não pareça ameaçador.

apesar de não passar pela palavra, indica que ele está seguro, fornecendo uma condição boa ou ruim para o seu desenvolvimento psíquico. Nesse sentido,

Todas as expressões, as manifestações do corpo são identificadas, as emoções reconhecidas e transformadas em palavras pelo membro da equipe que tiver identificado seus apelos e que permitirá à criança começar a se sentir viver, não só porque seu corpo terá sido reanimado, mas porque ela começará a existir e se elaborará o início do pensamento (Mathelin, 1999, p.94).

Quando tal endereçamento não ocorre, contudo, pode-se observar consequências para a constituição psíquica do bebê, o que interferirá no seu desenvolvimento global. Mathelin (1999), retoma a fala de Winnicott sobre a experiência de desabamento, na qual, o bebê, sem o outro para lhe inserir no mundo simbólico e lhe transmitir a segurança do ambiente, se sente despedaçado, não conseguindo passar pelos processos de personalização e integração⁷ cruciais para seu desenvolvimento psíquico. Um exemplo do impacto da ausência do cuidado pela presença na saúde dos bebês é o experimento de Spitz (1945). O trabalho renomado desenvolvido pelo psicanalista americano, frente ao estudo das doenças psicogênicas e do desenvolvimento infantil, é considerado de enorme relevância para os estudos da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento (Goliath & Simanke, 2022). Visando estudar os efeitos da institucionalização contínua em bebês pequenos, Spitz realizou um experimento no qual, em um berçário, metade dos bebês recebiam cuidados físicos e psicológicos (afeto, comunicação, presença) enquanto a outra metade recebia apenas cuidados físicos, não podendo ser dirigido a eles nenhum tipo de comunicação.

O experimento mostrou que, as crianças que não recebiam nenhum tipo de comunicação para além dos manuseios físicos (troca de fralda, banho, remédios, etc), tiveram uma queda gradual no seu quociente de desenvolvimento e apresentaram Depressão Anaclítica, conceito criado pelo próprio autor. Esta é descrita por Spitz e Wolf como:

[...] uma síndrome comportamental ou psiquiátrica caracterizada pelo aparecimento de uma disposição chorosa em crianças normalmente felizes e interativas, que evoluía para uma falta de interesse no ambiente circundante e para a recusa em interagir com outras pessoas, muitas vezes virando os rostos para evitar seus olhares (Goliath & Simanke, 2022, p.8).

Para além deste relato, há o Berçário de Frederico II (1190) no qual o rei desejava descobrir a linguagem de origem dos seres humanos. Para tanto, Frederico II retirou quarenta bebês de suas famílias, encarregando outras mulheres de nutri-los, mas proibindo-as de conversar com eles ou fazer qualquer tipo de carinho. Ademais, elas não deveriam falar entre si, de forma que as crianças nunca ouviam um som ou melodia vindo de uma voz humana. Ao

⁷ Integração, Personalização e Realização (Winnicott, 1963) representam os processos de amadurecimento e de integração do self que o bebê deve passar durante o início da vida para conseguir integrar suas marcas psíquicas com seu corpo, compreender os seus limites frente ao outro e construir uma relação saudável com a realidade.

contrário do que esperava Frederico II, nenhuma das crianças desenvolveu a linguagem, e todas morreram antes dos oito anos de idade.

Nesse sentido, além de compreender quais cuidados são importantes de desempenhar com esses bebês, para seu melhor prognóstico clínico, também é fundamental compreender quais os sinais indicam como ele vem se desenvolvendo do ponto de vista psíquico, social e relacional. Ao longo dos últimos anos surgiram alguns instrumentos que elencam aspectos importantes de se observar em bebês. Destaca-se no atual trabalho, o IRDI (Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil), ferramenta que foi construída e validada por pediatras e psicanalistas por meio da “Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil”. Os indicadores dizem respeito a fenômenos que apontam para como anda o desenvolvimento psíquico do bebê, caso estejam presentes ou ausentes. Assim, a escala elenca o que seria importante de se observar em bebês a termo, que não estão internados, em algumas etapas de seu desenvolvimento (0 a 4 meses, 4 a 8, 8 a 12 e 12 a 18 meses), como por exemplo, a troca de olhar com seu cuidador, se sua mãe se dirige à ele, se a criança reage ao *manhês*⁸, entre outros. Mas, em se tratando de bebês prematuros, internados em uma UTI neonatal, mantidos afastados dos pais em uma incubadora - o que seria possível observar? É o que o presente trabalho pretenderá explorar.

Esta pesquisa, portanto, tem como objetivo (a) identificar quais aspectos devem ser observados em bebês prematuros internados na UTI Neonatal e elencar quais cuidados psíquicos, dentro do ponto de vista da atenção precoce, precisam estar presentes na rotina da UTIN associados aos cuidados físicos; (b) contribuir para o aperfeiçoamento do cuidado na UTIN, visando dar maior relevância aos aspectos psíquicos no desenvolvimento do bebê, incluindo estes na rotina dos cuidados e nas discussões dos profissionais da equipe; e (c) Construir coletivamente uma proposta de instrumento multiprofissional de avaliação psíquica dos bebês prematuros na UTI Neonatal.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado de agosto a novembro de 2024, após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 6.940.857) (Anexo A). A pesquisa teve como cenário uma maternidade pública localizada no município do Rio de Janeiro, em que são oferecidos serviços de atenção terciária dispondo de assistência

⁸O “manhês” é uma forma que os adultos, principalmente as mães, usam para se dirigir aos bebês marcado por um tom afetivo e aparentemente “infantilizado”. Assim, é caracterizado por uma entonação mais exagerada e aguda, com frases curtas contendo palavras no diminutivo e repetições silábicas (como papá, mamá, pepeta, nenê, entre outras).

ambulatorial e hospitalar, multiprofissional, especializados em alto risco fetal e médio risco materno. Dessa forma, ela é composta pelo espaço ambulatorial, por enfermarias para internações hospitalares, pelo centro obstétrico com sala de parto e por um complexo neonatal com 27 leitos. Tendo em vista o público que assiste, a maternidade em questão possui uma alta taxa de internação na UTIN, com 552 admissões somente no ano de 2022 conforme dados obtidos no relatório assistencial da própria unidade.

A pesquisa contou com 3 momentos: (1) Levantamento bibliográfico; (2) Realização do grupo focal e (3) Análise dos dados. No primeiro foi possível construir um referencial teórico sobre o desenvolvimento psíquico do bebê, a importância do afeto e o que se deve observar nos bebês prematuros na UTIN. No segundo momento, utilizou-se uma amostragem não probabilística proposital para convidar um representante de cada categoria profissional que atua diretamente com o cuidado diário dos bebês prematuros internados na UTIN (Medicina, Enfermagem, Técnico de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Musicoterapia e Psicologia). No total, participaram dos grupos focais 8 profissionais. Devido a disponibilidade de horário dos participantes foi necessário realizar dois encontros: o primeiro ocorreu em setembro de 2024 com 7 profissionais (médica, enfermeira, técnica de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, musicoterapeuta e psicóloga), mais duas moderadoras (pesquisadora e orientadora) e 1 observadora (convidada e instruída pela pesquisadora). O segundo encontro ocorreu em outubro de 2024 com a pesquisadora como moderadora e uma profissional fonoaudióloga.

A maior parte das participantes se autodeclarou branca (75%) e era natural do Rio de Janeiro (62,5%). Todas possuíam mais de 13 anos de atuação na área neonatal (média 18 anos - máximo de 30 anos) com no mínimo 5 anos de atuação na instituição em questão (DP 5,35). Por meio do tempo de atuação dos profissionais é possível constatarmos a grande experiência que os participantes possuem em neonatologia.

Ambos os grupos ocorreram em espaços privados dentro da maternidade (auditório e sala de aula) e seguiram um roteiro de operacionalização (Guia de Temas) que pode ser encontrado no Anexo B. O disparador para discussão foi um vídeo⁹ montado pela própria pesquisadora que continha falas de estudiosos do tema (Marie-Christine Laznik - psicanalista, Françoise Dolto (1908-1988) - pediatra e psicanalista e Gérard Guillerault - psicanalista) e pequenos vídeos de interações reais entre bebês internados reagindo a seus familiares e/ou

⁹O vídeo pode ser encontrado no link:

<https://drive.google.com/file/d/1B990oJ0ErtZp1bUGWExr8pkOnAn-VEvI/view?usp=sharing;>

profissionais se dirigindo a eles de diferentes formas¹⁰. Em sua fala, Laznik aborda o conceito de epigenética e como o ambiente possui grande influência no desenvolvimento infantil, enquanto Dolto traz o relato de experiência em uma enfermaria infantil que contribuiu para a redução da mortalidade infantil naquele contexto: as enfermeiras deveriam ficar, obrigatoriamente, 5 minutos de cada dia apenas conversando com os infans, dizendo-lhe “palavras amáveis, em um tom amável”, sem realizar qualquer outro tipo de cuidado físico. A fala de Dolto, por sua vez, é seguida por um psicanalista, Gérard Guillerault, que ressalta a grande apetência dos lactentes pela fala, destacando como “o ser humano, já desde sua infância, é um ser de linguagem e de comunicação”.

Posteriormente, ao longo do grupo, 3 perguntas foram feitas para que as participantes pudessem refletir e discutir: (1) O que vocês pensam sobre o vídeo que acabaram de assistir? (2) O que vocês já ouviram falar sobre o desenvolvimento psíquico de bebês? (3) Como vocês acham que isso se aplica aos prematuros e se associa ao trabalho de vocês na UTI Neonatal?

Os grupos tiveram duração de 56min35s (Grupo 1) e 44min37s (Grupo 2) e foram gravados para posterior transcrição. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C) em duas vias e concordaram com a gravação antes desta iniciar. Uma vez transcritos, os grupos foram tabulados e analisados por meio do método de análise de conteúdo, conforme postulado por Gomes (2016), na modalidade temática. Para garantir o anonimato, os participantes foram enumerados, sendo destacadas somente suas especialidades para contextualização de onde partem suas falas.

O processo de análise temática passou por três etapas: (1) pré-análise, (2) exploração do material e (3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A primeira, a pré-análise, deu-se pela leitura flutuante das transcrições dos grupos focais seguida pela organização do material a partir dos objetivos e questões principais da pesquisa traçadas inicialmente. Com isso, visa-se identificar quais ideais estão presentes, ou não, nas falas dos participantes que se associam com o tema explorado permitindo, assim, a construção de categorias de análise. Na segunda etapa, o material foi propriamente explorado buscando a codificação do conteúdo visando atingir o núcleo de compreensão do texto. Assim, as falas dos profissionais de saúde foram classificadas e agrupadas através de núcleos de sentido. Por fim, na última etapa, o material foi submetido a inferências, com análise crítica e contextual, que permitiram

¹⁰As falas foram retiradas de documentários que podem ser encontrados no *Youtube*: Autisme Bébé - vers un dépistage précoce; e Françoise Dolto - Tu escolhestes nascer . Já os vídeos dos RNs foram encontrados em redes sociais (*Instagram e Tiktok*)

interpretações e reflexões a partir da articulação dos núcleos de sentido com o referencial teórico adquirido com o levantamento bibliográfico.

Dessa forma, foram definidos 3 núcleos de sentido: (1) Introduzindo o assunto: a importância da inclusão da fala dirigida ao bebê no cuidado na UTIN; (2) O que já é feito que tem efeito? Percepção dos profissionais do impacto subjetivo da internação em UTI neonatal no desenvolvimento dos bebês e o cuidado pela presença que já acontece informalmente e (3) A proposição de novos diálogos: as repercussões do grupo focal na reflexão e prática dos profissionais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3. 1. Introduzindo o assunto: a importância da inclusão da fala dirigida ao bebê no cuidado na UTIN

A presença (ou ausência) da fala dirigida aos recém-nascidos destacou-se como uma categoria importante para a discussão, haja vista a percepção de todos os profissionais de que, apesar de reconhecerem a importância da comunicação para o desenvolvimento dos bebês, acabam por não inserir tanto isso nas suas rotinas:

Aí é uma coisa que até me atentou, que eu não sou de falar com o bebê. Geralmente, eu tento fazer um laço com os pais. [...] Realmente, uma coisa que até me fez refletir, quando você falou, entendeu? Que eu não faço. (participante 8, fonoaudióloga)

Nesse contexto, a partir do vídeo as participantes refletiram sobre como algo tão sutil e importante para o desenvolvimento dos bebês e sua recuperação acaba sendo deixado de lado, enquanto outros cuidados são priorizados. Fica evidente que, ao pensarem em comunicação em uma UTIN, o que aparece inicialmente é o diálogo com os familiares. Essa prática é de extrema importância já que, conforme as diretrizes preconizadas pelo Método Canguru (Brasil, 2017), os “pais não devem ser observados como visitantes da criança, mas sim como parceiros da equipe” (p. 315). Contudo, a fala dirigida aos bebês também é essencial para o seu desenvolvimento, o que é percebido pelas participantes quando refletem sobre os casos que já acompanharam:

[...] na verdade, eu percebo isso muito claramente, o quanto isso é importante [...] e eu acho que não só o cuidado com a dor, mas o cuidado da fala, do toque, de ter um tempo não destinado só à gravidade (participante 1, médica neonatologista)

As relações humanas são condição de saúde psíquica de qualquer sujeito, que é inserido nos laços sociais por aquele que cuida. O lactente sozinho “não pode ter a experiência de existir” (Mathelin, 1999, p.43), sendo por meio da interação com o outro que o bebê irá se tornar sujeito. Ou seja, as relações primordiais são decisivas para a constituição da subjetividade (Iaconelli, 2023). Assim, o cuidador primário do bebê é responsável por inseri-lo no ambiente simbólico, introduzindo para ele não só a ideia do que ele é, mas também simbolizando por meio das palavras suas primeiras experiências, transmitindo sentido para aquilo que ele está demandando com seus choros e balbucios. Como coloca Iaconelli (2023),

A entrada do bebê na ordem humana é um assujeitamento à linguagem, ou seja, supõe deixar-se nomear por aqueles que o recebem e dele se ocupam. Ele será “o queridinho da mamãe”, “a esperança” ou “a vergonha da família”. O bebê está condenado a ser falado antes de falar de si (p.176).

A Suposição de Sujeito é colocada pela autora como uma das 4 Funções Constituintes da Subjetividade (Iaconelli, 2023). Esta implica em “tratar o bebê recém-nascido como um sujeito antes que de fato a operação de divisão subjetiva (Eu/sujeito do inconsciente) tenha se estabelecido” (p.178). Assim, é preciso interagir com o bebê como se ele já fosse capaz de nos entender e de dizer algo, para que se criem as condições para que ele venha a sê-lo, o que é conhecido como “ilusão antecipatória de sujeito” (Laznik, 1997).

Ao abordar o termo constituição subjetiva, então, indica-se algo que passa pela palavra, pela fala dirigida à criança desde sua concepção e durante a primeira infância. Para além de Iaconelli, Freud (1914; 1915), Lacan (1949) e Winnicott (2020 [1896-1971]), entre outros psicanalistas, também alertam sobre a necessidade de ações específicas para que a subjetividade se constituísse. Winnicott (1945) aborda como o lactente necessita de um ambiente suficientemente bom para poder integrar seu corpo e mente. Assim, é por meio das três funções maternas (Holding, Handling e Apresentação de Objeto) que os cuidadores vão criar a base para que não só o bebê confie no seu ambiente, como também consiga integrar aquilo que se passa no meio externo com aquilo que ele vivencia internamente. Esse processo de integração (Winnicott, 1963) é crucial para o amadurecimento do sujeito e passa sempre pela comunicação, seja esta silenciosa ou não. Nesse sentido, ao trabalhar com recém-nascidos deve-se incluir sua subjetividade nos cuidados, acolhendo o bebê, “não apenas como um corpo a ocupar um lugar, mas como um indivíduo que possui uma história anterior ao seu nascimento” (Soares e de Paula, 2020, p.10).

A psicanalista Marie Couvert (2020) também dedicou seus estudos recentes à constituição do bebê, trazendo novas contribuições. Explorando o conceito de pulsão¹¹, força impelente que é condição para emergência da vida psíquica, a autora irá explorar como que, para se estabelecer um sujeito, certos circuitos pulsionais devem entrar em funcionamento, o que pode não ocorrer quando o cuidado com o bebê é mecanizado e vazio de sentido. Ao afirmar que “o pequeno sujeito humano não é apenas um ser de necessidade, que o corpo e o organismo não são a mesma coisa” (p.38), Couvert (2020) irá expor como as funções de sugar, ver, tocar e mover não possuem apenas uma função de autopreservação (sobrevivência), mas também a de satisfação prazerosa. Assim, são destacados 4 campos pulsionais que são mobilizados no encontro com o outro e vem inicialmente atrelados ao corpo orgânico: oralidade, especularidade, invocação e o campo tátil.

Todos possuem papel fundamental no desenvolvimento do sujeito, participando da estruturação da vida psíquica do bebê. A oralidade diz respeito a um fato consolidado hoje em dia: a função da sucção se fundamenta no prazer, para além da necessidade. Contudo, para que a experiência de satisfação esteja presente, é preciso que a mãe possa fazer uma doação dela mesma, instalando um olhar recíproco e de cumplicidade entre mãe e filho. Assim, amamentar é um ato simbólico, para além do orgânico. Já a especularidade aborda a importância do bebê ser olhado para que, mais tarde, possa se olhar e se reconhecer como um todo. Nesse sentido, “o que importa é que o bebê encontre não somente um olho que o vê, mas um olhar que o auréola” (Couvert, 2020, p.112), ou seja, um olhar que lhe dê um lugar, um contorno, qualidades imaginárias que, posteriormente, a criança poderá se identificar com.

A invocação aborda a importância da voz, da comunicação. A psicanalista defende a importância da fala destacando a apetência do recém-nascido para a voz do outro somado à responsabilidade da comunicação na estruturação da relação com o mundo durante o primeiro ano de vida (Couvert, 2020). Por fim, o campo tátil tem como efeito fazer existir um real do corpo no bebê. Se aproximando do conceito de holding, a autora aborda como carregar e tocar no bebê lhe oferece a “experimentação de um contorno, pontos de apoio, uma ritmidade, a alternância da presença e da ausência do outro” (Couvert, 2020, p.168). Longe de limitar-se à

¹¹ A pulsão, então, é definida por Freud (1905) como o limite entre o psíquico e o somático (corpo), com uma conotação de força impelente, ou seja, um movimento que é imposto sobre o aparelho psíquico e que está para além do nosso controle. A pulsão tensiona o aparelho psíquico, fazendo com o que o sujeito esteja em constante movimento, ora defendendo-se da pulsão, ora buscando satisfazê-la. Pulsão e instinto não são sinônimos. Nos animais, o instinto existiria como algo único e predeterminado que o satisfaz (possui um objeto específico, determinado); ao contrário, a pulsão não possui padrões fixos e hereditários, não estando ligada à função biológica. Nesse sentido, ao teorizar sobre a pulsão, Freud (1905) coloca os determinantes do sujeito para além da ordem natural e biológica.

necessidade, o tocar permite que o lactente experiente a diferenciação entre o que é interno a ele e o que é externo. Assim, de maneira simplificada, a psicanalista mostra, com seu estudo aprofundado das pulsões presentes no início da vida, que o bebê precisa de muito além do que as suas necessidades orgânicas supridas. É necessário o ganho do prazer nessas funções, ganho esse que só pode ser atribuído pelo Outro primordial.

Retomando as falas das participantes, e levando em consideração o campo pulsional da invocação, foi importante observar a presença da reflexão sobre chamar o bebê pelo nome e inserir a história dele na internação. As profissionais chegam até a falar que sabem e já discutiram sobre a importância de inserir a subjetividade no cuidado, contudo acabam não fazendo:

Tipo, chamar o bebê pelo nome quando conversar com ele, né, que é uma coisa que até vocês mesmos que já falaram, [...] não só conversar, mas conversar para ele já ir entendendo que ele é uma pessoa, que ele tem um nome...então, assim, eu sei disso, eu lembro disso, mas não trouxe totalmente isso para mim (participante 3, técnica de enfermagem)

Assim, apesar de reconhecerem que a fala dirigida aos bebês deve fazer parte dos cuidados despendidos ao recém-nascido, o cuidado pela palavra é apontado como algo que não é presente na rotina:

[...] como é importante ter isso realmente na rotina, como uma medicação enfim, como um outro cuidado mais alopático, [...] a gente sabe que funciona, mas a gente está vendo...está sendo lembrada que isso funciona na prática (participante 5, nutricionista)

Perguntas como “*por que não continuar esse estímulo?* [auditivo]” (participante 8, fonoaudióloga) apontam para uma auto reflexão - já se sabe da importância da comunicação e do estímulo auditivo ainda na gestação, porque será que não é possível investir nele durante a internação? Quanto a isso pode-se pensar em diferentes hipóteses. Primeiramente, os recém-nascidos não falam e parecem não entender o conteúdo e significado das palavras, de forma que se comunicar com eles parece, inicialmente, uma prática sem finalidade. Pode aparecer aí um sentimento de inadequação ao falar com bebês que dormem a maior parte do tempo e não falam de volta, não dão um retorno direto do que é dito. Como pontua Jerusalinsky (2002) a intervenção com bebês implica uma espécie de “loucura necessária do clínico” (p.132-133).

Ademais, quando pensamos na especificidade da prematuridade, o que configura a maior parte do público internado em uma UTIN, trata-se de bebês que também não convocam imediatamente o *manhês*. Como coloca Silva *et al.* (2016), um bebê prematuro é caracterizado como um “recém-nascido magro, de aspecto frágil que, muitas vezes, não pode ser alimentado

no seio ou ser aconchegado no colo da mãe devido a sua instabilidade fisiológica” (p.2266). Nesse contexto, com suas características físicas fragilizadas como baixo peso e estatura, e grandes períodos de sono, prematuros não clamam pela atenção e comunicação como um bebê a termo. Isso não quer dizer, contudo, que eles não precisam desse contato para se desenvolver de maneira saudável, pelo contrário. Dessa forma, a comunicação quase espontânea que se coloca quando olhamos para um bebê grande, com olhos bem abertos e que balbucia quando passamos, não se apresenta quando olhamos para bebês prematuros, magros e com aspecto de maior vulnerabilidade.

O envolvimento com um bebê fragilizado também pode ser difícil. O cuidado pela presença, se comunicar com os lactentes, implica uma abertura maior para um envolvimento afetivo e vinculação com bebês que, muitas vezes, são graves e correm risco de vida. Assim, o afastamento da subjetividade, por vezes pode cumprir uma função de proteção, de defesa por parte dos profissionais, que estão a todo momento lidando com vida e morte. O sofrimento é inerente ao laço amoroso que se forma quando se cuida de bebês e nem todos estão disponíveis para tanto envolvimento, sejam familiares ou profissionais de saúde (Iaconelli, 2023).

Além disso, por meio do grupo também foi possível observar que, considerando a profissão de cada um, certos aspectos dos cuidados foram mais ou menos ressaltados. A equipe médica e de enfermagem, por exemplo, parece focar mais na importância de cuidados que visem amenizar a dor, de abreviar sua ida para o berço ou que foquem nos marcos de desenvolvimento do bebê; enquanto a fonoaudiologia, por exemplo explora a comunicação com os pais ou a observação de como o bebê está mamando para contribuir para uma boa sucção.

Que a gente cada vez mais tem preocupação com a dor, mas é, que hoje, hoje eu já vejo, né, que todo mundo já tem o hábito de colher um sangue com a preocupação com a dor, com a glicose, com algum cheiro, mas a fala, ela não é presente sempre, né? (participante 1, médica neonatologista)

[...] eu acho muito importante essa passagem para o berço, até às vezes falam, ah, mas o bebê tem 1,9 kg, a gente fica tentando abreviar a ida dele para o berço para isso... (participante 2, enfermeira)

Da mesma forma, a nutrição aborda a dificuldade de se dirigir aos bebês, por se verem mais focadas na comunicação com os familiares sobre a importância do aleitamento; e a musicoterapia traz seu trabalho muito voltado para a vinculação.

O nosso trabalho da musicoterapia é basicamente isso, estimular que eles [os pais] se expressem, que eles observem o bebê, a reação do bebê, trazer as músicas da família... (participante 6, musicoterapeuta)

Acho que em relação a nutrição a gente tem muita preocupação de explicar para os pais em relação a dieta, incentivar o aleitamento materno, tirar dúvidas sobre esses pontos, a gente pouco fala com os bebês, normalmente falamos quem está ali, brinca, mas não faz parte da nossa rotina realmente falar com o bebê (participante 5, nutricionista)

Com isso, poder-se-ia pensar na importância da presença da equipe multiprofissional nesses espaços, o que poderia auxiliar no estímulo para que outros tipos de cuidados sejam inseridos e valorizados na rotina diária do serviço. O cuidado pela presença, por exemplo, marcado pela fala e pelo afeto, sem nenhuma outra finalidade envolvida (seja para tirar sangue, realizar um procedimento invasivo, ou seja para estimular algum marco do desenvolvimento) se faz mais obviamente presente na fala da profissional de psicologia, que destaca, durante o grupo, a importância do lúdico também nesses ambientes de urgência.

[...] eu acho que é para além do estímulo... “eu vou brincar pra ele andar”, “eu vou brincar pra ele engatinhar”, se você pudesse se libertar desses marcos, e só estar lá, e só interagir, só brincar sem uma finalidade de desenvolver para tal habilidade, entendeu? (participante 7, psicóloga)

Nessa perspectiva, o trabalho em uma UTIN precisa levar muitos pontos em consideração, para além do prognóstico fisiológico do bebê, de forma que pode haver um trabalho em conjunto das diferentes categorias profissionais. Como coloca Winnicott,

A sociedade precisa de trabalhadores técnicos mesmo nas áreas da medicina e da enfermagem, mas, quando estamos **diante de pessoas** e não de máquinas, o técnico deve estudar a forma como as pessoas **vivem, imaginam e crescem com experiências** (2020 [1957], p..96 - grifo das autoras).

O Método Canguru (Brasil, 2017) também destaca a importância de um olhar holístico e multiprofissional sobre o bebê prematuro ao abordar que, “ao se trabalhar com lactentes, deve ser reconhecida a sua imensa apetência ao afeto” (p.312). Assim, profissionais que atuem nesse ambiente devem ser capacitados para exercer suas tarefas de modo humanizando, permitindo uma interação com a subjetividade do lactente. A forma como o bebê será manuseado e as intervenções que serão realizadas durante seu tempo de internação, então, deverão visar a proteção da sua “qualidade de vida psíquica e social” (Brasil, 2017, p.312), permitindo a preservação da sua história e da singularidade.

A equipe multidisciplinar na UTI neonatal, então, é fundamental para garantir não só a sobrevivência dos bebês prematuros, mas também promover qualidade de vida e o desenvolvimento futuro desses bebês (Rocha *et al.*, 2023). Constituindo um elo crucial em um cuidado ampliado, a junção dos diferentes profissionais permite a promoção do bem-estar físico, emocional e social durante o período crítico de internação na UTIN. É por meio dessa articulação que o cuidado pode ser ao mesmo tempo completo e especializado para as

necessidades individuais de cada lactente (Rocha *et al.*, 2023). Dessa forma, é por meio da multidisciplinaridade que os diferentes conhecimentos de cada profissão podem ser sustentados diante de um problema de desenvolvimento, ao mesmo tempo que estão sempre articulados em torno de um “eixo clínico fundamental”: a constituição do sujeito (Jerusalinsky, 2002, p.232).

3. 2. O que já é feito que tem efeito? Percepção dos profissionais do impacto subjetivo da internação em UTI neonatal no desenvolvimento dos bebês e o cuidado pela presença que já acontece informalmente

No grupo também foram abordados os aspectos de estresse que o ambiente da UTIN causa para o bebê recém-nascido. Independente da especialidade, todas as participantes trouxeram destaque para esse ponto como um fator estressor e como ele pode afetar o bebê como, por exemplo, por meio do excesso de estímulos auditivos, ou de procedimentos dolorosos a que, por vezes, eles precisam ser submetidos:

Então assim, você apoiar numa...você abrir a porteira da incubadora, você pisar no pedal da lixeira e largar, né? Você falar alto numa UTI, isso tudo é um impacto para audição do bebê (participante 8, fonoaudióloga)

[...] ao invés de receber o colo, ao invés de receber o leite, ele recebe acesso, ele recebe dor (participante 7, psicóloga)

Como já discutido, a UTIN é caracterizada como um lugar de alto nível de tensão para os lactentes, que são expostos a procedimentos invasivos e dolorosos, manuseios constantes e luzes intensas. Esses pontos já são amplamente abordados na literatura, contudo foi importante constatar a partir do grupo que tal questão não passa despercebida pela equipe que trabalha há tanto tempo nesse cenário altamente tecnológico. Assim, as tecnologias duras presentes na UTIN são essenciais para salvar vidas, mas também aparecem como barreiras para exercer o cuidado pela presença. Como destaca a participante 2 (enfermeira):

[...] a gente fica tentando abreviar a ida dele para o berço para isso, porque é no berço que ele vai ter mais contato, até mesmo com a equipe, com a mãe dele, porque dentro da incubadora é barreira para o bebê, [...] é barreira para todo mundo, é barreira para os profissionais, é barreira para os pais, é barreira para qualquer pessoa [...]

Um ponto interessante destacado no grupo é a percepção de que além dos impactos físicos do ambiente da UTI, ela configura somente um “recorte” da vida do bebê e, muitas vezes o pós-alta, isto é, o que a vida desse bebê será dali pra frente, não é tão levado em consideração no cotidiano deste setor.

[...] a gente tem aquele recorte da UTI, aquele tempo. O bebê vai embora e a gente se perde também, alguns ficam em contato, outros não, então [...] muita gente da equipe não tem essa dimensão por não ter essa participação no Follow-up, eu acho que é importante a gente levar isso para eles, né, como que isso é visto depois repercutindo lá. (participante 2, enfermeira)

Os profissionais refletiram como tal contorno pode contribuir para que o recém-nascido seja visto somente circunscrito àquele período, dificultando uma visão mais holística que traga para a assistência uma preocupação maior sobre os impactos futuros que tal internação pode ter no desenvolvimento global do bebê, na vida deste bebê, que se tornará uma criança, um adolescente, um adulto um dia. Da mesma forma, a psicóloga trouxe a importante reflexão que, em um ambiente de urgência, o lúdico, o brincar, e interagir sem alguma finalidade médica acaba se perdendo, o que impacta na forma que os pais podem exercer sua parentalidade.

A gente sabe da importância do lúdico no desenvolvimento de uma criança e isso às vezes se perde, né? Às vezes a gente vai dar alta: a gente treina traqueo, a gente treina vários cuidados, mas a gente não treinou o lúdico com essa família, a gente não pensou em incluir que essa mãe vai precisar brincar com esse bebê, vai precisar interagir com esse bebê (participante 7, psicóloga)

Levando isso em consideração, o ambulatório do Follow-up apareceu no grupo como um importante aliado ao aperfeiçoamento do cuidado na UTIN. Isso porque todas concordam também que os impactos da prematuridade, bem como os causados pelo tempo de internação na UTIN ficam mais claros neste ambulatório, trazendo a evidência da importância de nos atentarmos mais ao cuidado pela presença. Foi inclusive discutida a ideia de que todos os profissionais que trabalhem em uma UTIN pudessem passar algum tempo no ambulatório de Follow-up, como uma espécie de capacitação profissional que facilitasse a visualização do impacto que tanto se fala, mas pouco se vê no dia-a-dia, visto o recorte de tempo e espaço que envolve a internação.

Outra percepção relevante trazida pelas participantes é como nossas ações como profissionais, independente da categoria, repercutem não só na vivência dos pais na UTIN, mas também na relação que eles poderão vir a construir com seus filhos.

E eu acho que quando a equipe começa a fazer isso, os pais também, eles veem de uma outra forma, entendeu? Tipo, com menos medo de tocar na criança, de conversar com a criança (participante 4, fisioterapeuta)

Devido a sua centralidade tecnológica, o ambiente complexo da UTIN pode favorecer uma “postura de indiferença por parte dos profissionais quanto à presença e aos sentimentos das famílias” (Girardon-Perlini, 2012, p.26). Aspecto esse que é deletério quando levamos em

consideração que as relações afetivas entre pais e bebês internados associam-se com a interação com a equipe (Girardon-Perlini, 2012).

A presença constante dos pais na UTIN possui diferentes vantagens para o bebê como a redução da exposição ao desconforto e ao estresse. Ademais, “o toque, a posição canguru e a comunicação corporal e não verbal se mostram como fatores de proteção ao desenvolvimento da criança e, portanto, devem ser considerados terapêuticos” (Brasil, 2017, p.229). Como discutido anteriormente, os cuidados oferecidos ao lactente não podem se limitar a um ato mecânico para satisfazer necessidades fisiológicas (Winnicott, 2020 [1896-1971]). O afeto e o cuidado pela presença se tornam essenciais para a constituição do sujeito, e então, um melhor desenvolvimento do bebê. Com isso, é importante que a equipe possa estimular os familiares a olhar para os seus filhos de maneira sensível, enxergando, para além da questão clínica, o sujeito que ali poderá advir. Isso não precisa acontecer de maneira pedagógica, mas na medida em que a própria equipe se endereça à criança, levando em consideração os aspectos subjetivos, esse modo pode ir se transmitindo aos pais gradativamente.

De uma maneira geral, todavia, o que se vê na UTI Neonatal é uma enorme dificuldade de aproximação dos pais com filhos (Girardon-Perlini, 2012), o que aumenta com a quantidade de aparelhos que o bebê está conectado. Perante a necessidade de internação, os pais se veem fragilizados, saindo do universo conhecido e idealizado, para um em que se sentem estranhos (Mittag & Wall, 2004). Nesse ambiente altamente tecnológico e desconhecido os familiares tendem a se sentir inseguros e impotentes devido a falta de conhecimento sobre o quadro do filho e de como podem ajudar, apresentando um sentimento de perda em relação a identidade materna/paterna (Baseggio, *et al.*, 2017).

Esses pontos são ainda mais presentes frente a bebês prematuros visto que, somado à insegurança e impotência, os pais também podem ter medo e estranhamento ao olharem seus bebês pela primeira vez (Baseggio, *et al.*, 2017). Tocados pela condição clínica de seus filhos fragilizados, muitos familiares acabam por desenvolver uma “preocupação médico- primária” (Agman *et. al.*, 1999), conceito que aborda como pais de bebês internados acabam ficando hipervigilantes nas questões médicas, o que pode vir a prejudicar a relação com seus filhos, pois os afasta da relação mais afetiva e lúdica tão fundamental para a constituição psíquica de seu bebê. Couvert (2020) irá destacar como, nesses casos, a presença materna acaba por ser reduzida a uma “função meramente operatória e instrumental” de forma que o afeto e o prazer que normalmente transitam pelos cuidados está “sempre em falta e o bebê, que não se engana, manifesta muito rapidamente os sintomas do hospitalismo” (p.32). O lactente, então, se torna

um objeto orgânico de cuidado o que resulta em uma falta da presença simbólica (Couvert, 2020; Agman *et al.*, 1999).

Nesse sentido, muitos familiares precisam de apoio, acolhimento e incentivo por parte da equipe de saúde para conseguirem se aproximar (Mittag & Wall, 2004) e realizar os cuidados que tanto desejam. Como destaca Agman *et al.* (1999) é importante que os pais possam se tornar pais do bebê em questão, do bebê que imaginam e fantasiam, e não do bebê físico, objeto de tratamento. Poder ver os profissionais exercendo o cuidado pela presença com os bebês prematuros contribui para que os pais vejam outro tipo de cuidado que podem exercer durante esse momento - o parental. Como resultado o contato pais-filho é estimulado, permitindo um cuidado mais integral ao bebê por meio da interação precoce e contínua com sua família, o que terá impacto não só no sentimento dos pais, mas também na constituição psíquica dos bebês. Além disso, muitas vezes traz uma nova visão dos pais em relação a equipe e o cuidado que é prestado ao seu filho, como podemos observar nesse relato da participante 1 (médica neonatologista) quanto a um caso acompanhado na UTIN:

Eu a vi [chorando] e falei assim: tudo bem? ela falou: "eu estou chorando de felicidade, olha essa foto aqui, o meu neném ganhou o colinho". E ganhou o colinho que não era dela, isso para ela foi assim...ela percebeu que todos estão podendo dar o colinho, que talvez ela não tenha o tempo inteiro para dar; mas que a equipe está dando, então que ele está sendo acolhido. Isso, nossa, isso aí é muito importante para a mãe.

Assim, a preocupação da equipe com os pais é um ponto positivo e representa uma ação que já permeia a atuação dos diferentes profissionais.

Para além dos cuidados desprendidos aos pais, contudo, intervenções realizadas diretamente com os bebês são importantes para a proteção do seu desenvolvimento. Para tanto, deve-se estabelecer uma assistência que vise intervir tanto no ambiente físico (*por ex. manejo de dor*), quanto no ambiente humano (*por ex. trazer o aspecto lúdico*) que cerca o bebê, por meio da palavra, do toque e de manuseios específicos (Brasil, 2017). Quanto às intervenções no ambiente físico o Manual do Método Canguru (Brasil, 2017) aborda, como forma de reduzir o estresse a dor durante a internação: a utilização de protocolos para avaliação da dor e do estresse do recém-nascido; diminuição dos níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos; a garantia ao bebê de medidas de proteção do estresse e da dor, tais como agrupar os cuidados neonatais, utilizar medidas não farmacológicas de controle da dor antes, durante e após os procedimentos desconfortáveis e dolorosos, permitir o descanso e o sono; e a utilização do posicionamento adequado do bebê , propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, o que favorece o seu desenvolvimento.

Levando em consideração o “ambiente humano”, o Manual também enfatiza a necessidade de intervenções pautadas na comunicação com os bebês, ou seja, no cuidado pela presença:

Busque uma relação pessoal com o RN e crie uma rotina humana de comunicação e interação com ele, chamando-o pelo nome; converse com o RN antes de iniciar um procedimento, dizendo-lhe que você deseja ajudá-lo naquele momento. Avise-o de que o procedimento terminou e que você vai lhe oferecer conforto por meio de seu toque. Explique por que ele está na UN e que seus pais permanecem com ele (procure falar antes de tocar, para não estimulá-lo excessivamente) (Brasil, 2017, p.107)

É importante que o lactente vivencie experiências gratificantes por meio da interação com a equipe de saúde, sendo relevante a percepção, a partir do grupo focal, que os dois tipos de cuidado (“físico” e “humano”) estão presentes na equipe. Quanto a isso, o grupo evidenciou aspectos de uma prática que já acontece e que leva em consideração, de certa forma, a subjetividade do bebê, como por exemplo: respeitar o tempo de regulação do bebê, incluir sua história no cuidado e na avaliação da progressão, contar a frequência cardíaca, antes de fazer contato; se comunicar um pouco com o bebê antes de manuseá-lo, anunciando o que irá fazer; trazer o aspecto lúdico para a interação com o bebê, além de facilitar a ida para o berço para permitir um maior contato da equipe e dos pais com o recém-nascido.

Igual essa questão que eu te falei de você respeitar o limite do bebê, então assim ele tem essa tolerância, ele tem esse nível de alerta, né? E ele só pode sugar e você tem que gavar o restante entendeu? [...] é isso que eu to te falando: é respeitar o ciclo do bebê, a maturidade do bebê (participante 8, fonoaudióloga)

Então, assim, qual é o histórico dele aqui? Porque ele veio para a UTI, né? Porque para ele é mais arrastado? Porque falam assim “ele é bobo” - ele não é bobo (participante 8, fonoaudióloga)

Eu acho que a equipe tem essa coisa de contar a frequência, de antes de mexer, e falar um pouco antes de tocar. Mas o quanto importante isso no dia a dia, de ser até motivado que seja feito mais (participante 1, médica neonatologista)

Contudo, um ponto sensível que pôde ser recolhido na discussão do grupo é que, apesar dessas práticas já atravessarem a rotina das profissionais, não são nomeadas e destacadas como algo que precisa formalmente fazer parte da rotina do setor. Elas parecem acontecer a depender da disponibilidade pessoal de cada profissional, da iniciativa de cada um.

Outro ponto importante para reflexão são as especificidades do bebê prematuro, como colocou a fonoaudióloga:

O bebê se comunica para se alimentar. A gente vê sinais de retraimento e de aproximação, quando ele quer ser estimulado e quando não quer. Entendeu?

E é uma coisa que eu tenho conversado muito com a equipe, que prematuro tem a questão da maturidade neurológica [...] são bebês que ficam um tempo minimamente acordado e vejo muito assim, sacode, sacode, sacode, vamos mamar, vamos mamar, assim... tá dormindo, deixa ele dormir, a sonda tá lá pra aquilo, entendeu? Não é o momento de ficar insistindo, entendeu? [...] Ele vai dos extremos, do sono profundo, para a irritabilidade, ele não tem maturidade para se regular, ficar alerta e calmo, que é o nível que a gente tem preferencialmente para estimular o bebê, entendeu? Então, por que ele está irritado? Porque ele não consegue se regular (participante 8, fonoaudióloga)

Apesar disso, um ponto que chamou atenção das moderadoras foi o fato de que as especificidades da prematuridade não foram tão abordadas pelos participantes, o que talvez evidencie a dificuldade dos profissionais de realizar uma leitura mais clara de quais sinais esses bebês podem apontar sobre o seu desenvolvimento psíquico. Bebês prematuros ficam dentro de incubadoras (barreira física), dormem mais e muitas vezes não choram, pontos que podem impactar o cuidado pela presença, se este não é visto como essencial e inserido na rotina e nos protocolos de cuidado. Isso fica claro quando, por exemplo, foi abordado como é importante o bebê ir para o berço para podermos interagir mais com eles. Não deixa de ser verdade que o berço facilita esse cuidado, contudo e aqueles bebês que estão na incubadora? Ficarão privados de intervenções importantes? A dificuldade de se dirigir aos lactentes prematuros também apareceu quando, ao falarem de maneira entusiasmada sobre interagir com bebês, o exemplo que é usado é o de um bebê a termo:

Ele demanda... é um bebê que a equipe, por exemplo, interage bastante e os pais têm pouca oportunidade. Ele ganha colo, ele passeia passeia, ele recebe até a tela [risadas no fundo - todas as participantes falam junto e concordam] (participante 1, médica neonatologista)

Considerando o papel ativo da pesquisadora em um grupo focal, foi levantado pelas moderadoras a importância de se prestar atenção justo naqueles bebês que não demandam tão claramente, o que serviu de ponto de reflexão para o grupo. Um bebê a termo irá mais facilmente convocar a esse lugar de simbolizar, de conversar e de realizar as funções constituintes da subjetividade (Iaconelli, 2023). Dessa forma, trata-se de observar com maior sutileza os bebês prematuros e promover ainda maisativamente o cuidado pela presença, já que estes não acionam esses cuidados de maneira mais “espontânea” como os bebês a termo.

Diferentes estudos enfatizam que o bebê prematuro é considerado um bebê de risco, não só do ponto de vista orgânico, mas também psicológico. Isso porque, quanto menor a idade gestacional e o peso de nascimento, maiores poderão ser as vulnerabilidades fisiológicas, metabólicas e psíquicas do RN. Isso se dá visto as etapas de desenvolvimento dos sistemas ao longo da gestação. Assim, o nascimento prematuro “altera as experiências

evolutivamente esperadas e impõe experiências diversas que podem levar a alterações no SNC por acontecerem num período de grande evolução cerebral” (Brasil, 2017, p.224).

Nessa perspectiva, o lactente se vê privado do ambiente ideal para seu desenvolvimento (útero¹²) e passa a ser responsável por sua auto regulação e funcionamento do subsistema autônomo, função que antes era exercida principalmente pela placenta (Brasil, 2017). Como consequência, ocorre uma descompensação entre o que era evolutivamente esperado de forma que bebês prematuros possuem uma grande falta de energia para o funcionamento dos demais subsistemas - motor, estados comportamentais, atenção/interação e regulador (Brasil, 2017). Assim, além de dormirem muito, esses lactentes possuem dificuldade de se auto regular (alternando principalmente entre os extremos de irritabilidade e sonolência), além de redução das habilidades perceptivas auditivas devido ao mascaramento de sons da voz humana; dificuldades na percepção figura/fundo; e limitação nas experiências auditivas contingentes (Brasil, 2017).

A alimentação é outro ponto que merece destaque. Visto o nascimento antes do tempo, a maior parte dos bebês prematuros possui a administração do alimento por sondas ou bombas. Assim, mais “nutridos do que alimentados” os bebês se veem privados das trocas de afeto importantes durante a alimentação, eliminando toda a noção de prazer envolvida na oralidade que é importante para sua constituição como sujeito (Wanderley, 1999; Couvert, 2020).

Visto suas especificidades o bebê prematuro “é adotado temporariamente e torna-se um verdadeiro membro da unidade”, sendo submetido a cuidados constantes como exames de sangue e aspirações. Para além disso, ele também é acordado quando dorme, sendo imposto um ritmo diferente do seu próprio, instaurando uma descontinuidade no tempo e nas pessoas (Wanderley, 1999). Dessa forma, o prematuro é exposto a uma hiperestimulação sensorial quase permanente e por isso, mais do que nunca, é possível localizar a importância de uma intervenção precoce por meio do cuidado pela presença. Como coloca Wanderley (1999),

Mostra-se necessária e urgente uma atuação psicológica precoce, que por um lado permita a elaboração dessa crise diante de um nascimento diferente que comporta dor, angústia, medo, decepção, ambivalência e culpa para o casal e por outro lado observe atentamente os sinais de sofrimento psíquico do bebê, que podem ser percebidos ainda durante a hospitalização (p.10).

Para tanto, é importante que os profissionais reconheçam, inicialmente, a situação traumática que o nascimento prematuro comporta para o bebê que passará a internação

¹²O útero permite um meio ambiente aquático (sem ação da gravidade, o que facilitava seu movimento), a estimulação vestibular e sensorial (provocada pela movimentação materna, pelas sensações provocadas por meio do ritmo, da respiração), a contenção oferecida pelas paredes uterinas e pela placenta e além de filtrar estímulos visuais e auditivos

vulnerável à dor, ao estresse, e afastado do contato íntimo com seus pais. É nesse sentido, que alguns autores lançam mão do termo “reanimação psíquica” (Wanderley, 1999), ou seja, um cuidado que vise reanimar o desejo de viver destes bebês em situações de risco, reconhecendo e dando lugar aos seus sinais de vitalidade nascente, como:

[...] a capacidade de auto-erotismo bucal, sucção da sonda, da língua, do dedo que oferecemos, eventualmente, às vezes até com certo vigor; capacidade de busca de contato, contato da pele; capacidade esboçada de uma comunicação quando abre, mesmo furtivamente, os olhos, testemunho de um início de vida psíquica (Wanderley, 1999, p.57)

3. 3. A proposição de novos diálogos: as repercussões do grupo focal na reflexão e prática dos profissionais

Como último núcleo de sentido destaca-se o estranhamento que as participantes tiveram frente ao conceito de “desenvolvimento psíquico” junto a uma auto reflexão quanto às suas práticas assistenciais, o que desembocou na expressão do desejo de poder instaurar uma nova “cultura” no ambiente da UTIN. A partir das falas das profissionais sobre sua atuação no dia-a-dia foi possível constatar a presença de conhecimentos quanto a importância do afeto e de cuidar do bebê para além do aspecto físico:

[...] Eu acho que desde o mais precoce possível a gente vê que as crianças vão ficando muito pouco reativas, de tantos procedimentos invasivos que já estão ali reagindo [...] Isso tudo vai compor muito das experiências futuras, é um marco na história dele e um atravessamento que tá desde daí.
(participante 6, musicoterapeuta)

[...] a gente está falando muito de epigenética, porque isso também é uma coisa nova, mostrando exatamente isso que não é só genética, a gente pode mudar muita coisa com o que a gente faz, não só do ambiente, mas do cuidado e da própria relação com a criança (participante 1, médica neonatologista)

Contudo, quando perguntadas diretamente sobre o que sabem sobre o desenvolvimento psíquico de recém-nascidos (*pergunta 2 do roteiro do grupo focal*), todas ficaram um tempo em silêncio e muitas afirmaram não ter tido acesso a este conteúdo teórico durante sua formação:

Então, essa parte do desenvolvimento infantil, específico de recém-nascido assim, eu nunca ouvi realmente (participante 8, fonoaudióloga)

Eu acho que a gente tem pouco conhecimento nessa área, mas eu acho que, pelo menos eu interpreto muito isso [...] que a experiência faz diferença nesse desenvolvimento, do que a criança recebe... (participante 1, médica neonatologista)

Este dado é relevante, visto que, em se tratando de profissionais que atuam na UTIN, chama a atenção que esse aspecto do cuidado não esteja presente nos cursos de formação/graduações/residências. Isso parece corroborar a ideia de que, apesar de muito se falar e de já se ter como estabelecido a importância desse cuidado, ele ainda não é colocado como algo essencial, como algo que os profissionais devem aprender em sua formação. Da mesma forma, é interessante observar como a pergunta “assusta” as participantes que já estavam abordando naturalmente a temática do desenvolvimento psíquico do recém-nascido em suas falas, mas não se sentem à vontade de abordar este tema com mais profundidade teórica.

Como destaca Jerusalinsky (2002), muitas vezes não são atribuídos aos sinais clínicos da constituição psíquica a devida importância. A autora vai destacar que, tendo em vista a concepção de que o desenvolvimento está desatrelado da constituição psíquica (separação corpo e mente), somado ao fato de que profissionais de saúde muitas vezes não possuem as ferramentas clínicas e teóricas para realizar a leitura destes sinais, a intervenção acaba por ocorrer somente quando os quadros patológicos já estão configurados. Assim, é importante que o desenvolvimento passe a ser visto - e ensinado para todas as profissões- como atrelado à constituição psíquica de forma que a detecção e a intervenção precoce possam integrar a rotina em ambientes como uma UTI neonatal (Jerusalinsky, 2002).

Nessa perspectiva, o grupo trouxe diferentes reflexões para as participantes, parecendo cumprir seu papel de contribuir para um aperfeiçoamento da assistência aos bebês internados. A partir do vídeo e das discussões levantadas, as participantes puderam reconhecer que já possuíam conhecimento sobre a importância do cuidado pela presença, mas que não aplicavam na prática por se perderem na rotina da assistência marcada pela urgência e gravidade.

Eu acho que o vídeo mostra o quanto importante no cuidado é essa troca com o bebê, né? Porque a gente, na assistência, num lugar onde tem muitos pacientes graves, muitas vezes a gente não dá tanta importância pra isso. [...] E aí a gente até sabe, mas eu acho que é aquilo, tudo que você não traz a sua lembrança, que você não tem treinamento, que você não vê sempre, essa tarefa acaba não sendo uma coisa do seu dia a dia (participante 1, médica neonatologista)

Isso é eu acho que quando a gente vê, assim por mais que a gente sabe disso tudo, mas quando a gente vê, assim, quando o negócio se torna palpável você tem uma uma lembrança, né, de que isso realmente é importante, né, assim se volta, como é importante ter isso realmente na rotina (participante 5, fisioterapeuta)

[...] eu lembro disso, mas não trouxe totalmente isso para mim (participante 3, técnica de enfermagem)

Nessa perspectiva, as profissionais elaboraram o desejo de incluir o cuidado pela presença em suas rotinas, refletindo sobre o porquê de não realizarem tal prática. Quanto a isso foram identificadas diferentes barreiras, entre elas as limitações do serviço, seja por possuir poucos profissionais (como o caso da fonoaudiologia e da musicoterapia) ou por ficar imerso na urgência e na gravidade dos bebês.

É um trabalho que eu tenho vontade de inserir alguns aspectos dessa questão, além da questão da alimentação, mas a gente ainda não tem pernas para andar com isso (participante 8, fonoaudióloga)

Vendo o vídeo eu vi outras possibilidades no meu próprio trabalho. Pelas limitações do próprio serviço eu acabo tendo que selecionar quem eu vou atender e aí é óbvio que eu dou preferência pra quem tá com alguém ali, o pai ou a mamãe justamente para estimular eles a terem esse momento de troca [...] mas os bebês sozinhos acabam que ficam ali, com a incubadora, eu acabo não atuando com eles (participante 6, musicoterapeuta)

A gente está tentando. A gente está tentando, eu tentei fazer uma implementação de uma rotina de visita de bebês, mas é difícil (participante 7, psicóloga)

Para além dos questionamentos, as participantes começaram a pensar coletivamente em diferentes estratégias que poderiam ser adotadas na rotina, tanto para cuidar dos bebês, quanto para conscientizar o restante da equipe sobre a importância do afeto e da fala dirigida ao bebê.

Eu estava aqui pensando, eu achei uma coisa muito legal, você já pensou, toda a UTI, todo mundo tendo esse momento, duas vezes ao dia, três vezes ao dia que seja, é um momento de você parar, pegar o bebê e conversar com o bebê, cinco minutinhos que seja, muito legal, muito importante (participante 3, técnica de enfermagem)

O que me estimulou é em relação aos profissionais mesmo, que eu vejo que eles conversando ali, estando convivendo, muitos olham e falam “esse ai é levado”, “esse aqui é muito agitado”, “esse aqui é chorão”, “esse aqui reclama de tudo”, então já atribui alguma personalidade ao bebê, talvez a gente possa ajudar a trazer isso de uma forma mais direta para o bebê, o que você cantaria para ele, o que você acha que esse bebê quer, ajudar nessa ponte (participante 6, musicoterapeuta)

Em relação a nutrição [...] eu acho que a gente pode incluir isso na nossa rotina. Quando a gente chegar para falar com os pais, falar com o bebê também. Ou então mesmo se não estiver com os pais, falar com o bebê também, entendeu? (participante 5, nutricionista)

Fica claro, portanto, que, por meio da interação, o grupo focal favoreceu descobertas e a formação de novas ideias, corroborando o que foi encontrado na literatura (Ressel *et al.*, 2008; Kinalska *et al.*, 2017). Sendo composto por participantes que já se conheciam, o que é denominado de grupos pré-familiarizados (Souza, 2020), o grupo permitiu a formação de um espaço acolhedor em que as profissionais pareciam estar confortáveis para questionar, refletir

sobre si e serem sinceras e auto-críticas sobre sua prática permitindo, assim, a criação de novas sugestões para o aperfeiçoamento da assistência. Ademais, a discussão possuía sempre como contextualização o mesmo ambiente de trabalho, o que pode ter facilitado uma discussão mais profunda quanto à rotina da assistência.

Como efeito dessa grande troca temos a constatação final das participantes de que inserir o cuidado pela presença na rotina significa iniciar uma nova “cultura” na assistência. Uma cultura sobre a qual elas expressam o desejo não só de fazer parte, mas também de contribuir para a sua disseminação pela instituição. Nesse sentido, foram discutidas diferentes estratégias como: passar o vídeo disparador em salas de espera, acompanhar consultas do Follow-up e realizar grupos de sensibilização, mas talvez a conclusão mais interessante tenha sido como, após participarem do grupo, todas poderiam ser vetores de disseminação desse novo tipo de assistência:

Gente, isso é criar uma cultura, não é? (TODAS CONCORDAM) Você pode ter um estranhamento e daqui a pouco vai ser muito melhor [...] Acho que a gente podia pensar em estratégias de mobilização, entre nós aqui. (participante 6, musicoterapeuta)

Todas as pessoas que estão aqui vão ser, mas é mais do que falar. Mas sim, a gente vai ter que esperar, vai ser aos poucos. É um impacto que eu acho (participante 4, fisioterapeuta)

3. 3. 1. Instrumento de avaliação de risco psíquico de bebês prematuros internados em uma UTIN

Levando em consideração os pontos surgidos no grupo, em articulação com o levantamento bibliográfico, foi possível constatarmos a importância da atenção precoce, além de comportamentos observados no bebê que podem indicar algum risco psíquico. Como coloca Couvert (2020), quando se trata da clínica com recém-nascidos, o desafio é duplo:

Primeiramente, trata-se de poder identificar muito precocemente as respostas do bebê e a ausência dos traços que marcam a inscrição do laço com o outro, e isso exige ter ferramentas para se orientar. Em seguida, tem que revisitar a cada vez uma prática que nos convoca sempre a partir da singularidade do sujeito que está por vir e de seus achados em pensar de outra forma e ousar inventar (Couvert, 2020, p.108)

Para tanto, “o olhar constitui uma referência diagnóstica essencial” (Couvert, 2020, p.111), sendo por meio da observação atenta a partir da interação com o lactente que podemos identificar bebês em risco psíquico e, a partir do cuidado pela presença, que podemos intervir. No grupo foram destacados alguns comportamentos que podem nos indicar algum risco como: (a) Como está a mamada (Arrastada? Muito leite para fora? O bebê procura contato visual durante o ato?); (b) Sinais de retraimento e aproximação; (c) Estado de irritabilidade quando acordado (Chora muito? Consegue se regular?); (d) Como se dá sua interação com a

equipe ou com os familiares? Da mesma forma, também foram abordadas formas de intervir visando minimizar os efeitos nocivos da internação: (a) Respeitar o tempo de regulação do bebê (não ultrapassar seu limite durante manuseios); (b) Incluir a história do bebê no cuidado e chamá-lo pelo nome; (c) Contar a frequência, antes de fazer contato; (d) Se comunicar com o bebê antes de tocá-lo, anunciando o que irá fazer; (e) Incluir a fala dirigida ao bebê na rotina; (f) Trazer o lúdico para um espaço de urgência.

Todos os pontos destacados como intervenções se aproximam do que é preconizado pela atenção precoce. A clínica da estimulação precoce destaca a influência dos processos psíquicos iniciais na determinação das configurações nervosas e na estruturação do sistema mental. Há uma articulação indissociável entre o orgânico e o psíquico, sendo importante cuidados contextualizados que abranjam o afeto, o brincar e a linguagem para além do físico. Dessa forma, atuar na UTI Neonatal por meio do cuidado pela presença permite a realização de uma prevenção primária de problemas de saúde individual do desenvolvimento ao agir sobre os fatores de risco discutidos ao longo do trabalho.

Visando contribuir para este cuidado torna-se importante a detecção do que não vai bem baseado nos sinais que os bebês nos dão quanto à sua estruturação psíquica. Existem algumas escalas e instrumentos que abordam pontos a se observar em bebês, contudo poucas abordam especificamente a prematuridade que, como vimos, possui particularidades. A Caderneta de Saúde da Criança (Brasil, 2024), por exemplo, destaca pontos importantes de se observar em recém-nascidos (0 a 2 meses): (a) Não busca interação, não reage ou se irrita ao contato com as pessoas e com o ambiente; (b) Não responde ao olhar, aos sons, à conversa e ao toque quando é amamentada, alimentada, colocada no colo ou acariciada; (c) Tem dificuldade com sono ou com a alimentação; (d) Apresenta intensa agitação, impulsividade e falta de atenção. Tais pontos podem ser observados em recém-nascidos prematuros, claro que com ressalvas como por exemplo, ao invés de “intensa agitação, impulsividade e falta de atenção” poderíamos pensar em notar como está o grau de irritabilidade do bebê quando manuseado, por exemplo.

Da mesma forma, ela também elenca intervenções que podem ser realizadas pelos pais como: estabelecer contato visual (“olhe nos olhos do seu bebê quando estiver falando”); cantar para ele (“os bebês gostam do som e do ritmo das canções de ninar e de cantigas de roda. A música estimula a linguagem e transmite uma sensação de tranquilidade e alegria”) e ler e contar histórias. Contudo, apesar do fato de que muitos desses pontos já podem ser reparados e/ou realizados durante a internação em uma UTI Neonatal, a caderneta não aborda a atenção precoce caso o bebê esteja hospitalizado. Assim, apesar de colocar que a primeira

infância “é uma fase muito importante para o desenvolvimento mental, emocional e de socialização da criança” (Brasil, 2024, p.37) e de trazer aspectos importantes para os pais estarem atentos, a caderneta apenas aborda o momento após a alta, não trazendo informações sobre como intervir durante a internação, orientação que faz falta.

A intervenção precoce, caso necessária, será avaliada pela equipe do Ambulatório de Seguimento, podendo exigir acompanhamento com outros profissionais ou ser iniciada com orientação de cuidados e estímulos diferenciados, realizados pela família (Brasil, 2024, p.19 - grifo das autoras).

Santos (2008) desenvolveu um instrumento para avaliar a vinculação entre pais e lactentes internados em uma UTIN¹³ que elenca aspectos interessantes que foram abordados ao longo do presente trabalho. Neste, eles destacam 5 funções¹⁴ que podem ser observadas em bebês quanto ao seu desenvolvimento psíquico: 1) Função de Aproximação: observação da posição corporal adotada pelo bebê e pelo cuidador quando interagem (ex. o bebê aparenta estar relaxado? Se aproximam um do outro?); 2) Função Corporal: refere-se a comportamentos de contato corporal e tátil entre ambos os membros da diáde (ex. o bebê busca o toque da mãe?); 3) Função Visual: inclui comportamentos de contato visual e olhar (ex. o bebê aceita o olhar da mãe enquanto percorre seu corpo? o bebê foge do olhar do outro? seu olhar parece irritado?); 4) Função verbal: refere-se a observação de comportamentos de contato verbal, vocal e sons comunicativos (ex. o bebê parece prestar atenção? Busca da onde está vindo o som? Responde de alguma forma?) e, por fim, 5) Função Postural: observação se há a modificação da postura corporal inicial adotada na interação e a consequente modificação - ou não - da postura corporal do outro membro da diáde, em resposta à mudança introduzida (ex. por parte do bebê, a função postural é a mudança de posição do corpo dentro da incubadora, para que fique mais próximo ou mais afastado do plástico da incubadora onde está sua mãe).

Por fim, apesar de não ser feita especificamente para prematuros, a ferramenta de Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI), abordada na introdução, traz pontos de observação que podem ser relevantes para o trabalho em uma UTIN como, por exemplo, se a criança reage ao manhês: se há trocas de olhares entre a criança e a mãe, se a mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (“manhês”)¹⁵; e/ou se a criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.

¹³ Scala De Observación Del Vínculo Madre-Bebé Internado En Ucin (Santos, 2008)

¹⁴ Na língua original: Función de Acercamiento, Función Corporal, Función Visual, Función Verbal (Santos, 2008)

¹⁵ Apesar deste ponto não dizer respeito a um comportamento do lactente em si, ele nos aponta para a operação de suposição de sujeito discutida, que deve ser realizado por aquele que cuida e é crucial para o desenvolvimento psíquico do recém-nascido)

Certamente se tratando de bebês prematuros, não podemos esperar uma grande reação, contudo é possível identificar a presença, ou não, de alguma movimentação frente a interação - seja um pequeno som ou a tentativa de se aproximar, por exemplo. Geralmente, o bebê não fica indiferente. Todos os pontos se baseiam nas funções constituintes da subjetividade abordadas anteriormente.

Para aplicação do IRDI, o observador deve registrar Presença (P), Ausência (A) ou Não Verificação (N/V) dos indicadores, de forma que no final você poderá ter 3 interpretações: Desenvolvimento psíquico em curso ou em andamento, desenvolvimento psíquico com sinais de sofrimento ou risco de detenção do desenvolvimento psíquico. Levando isso em consideração, propomos adotar a mesma forma de preenchimento para o instrumento proposto pela presente pesquisa.

Unindo os instrumentos pré-existentes, com os pontos levantados no grupo e apontados na literatura, é possível observar que certos aspectos de avaliação se repetem e podem ser notados ainda durante a internação, apesar da prematuridade. Assim, construímos uma proposta de instrumento levando todos os pontos discutidos em consideração. O instrumento pode ser encontrado no anexo D.

A proposição é que o instrumento possa servir tanto de consulta para os profissionais, como para aplicação - sendo englobado na rotina dos cuidados. Assim, ele poderá ser consultado caso algum profissional sinta um estranhamento com um comportamento irritadiço de um bebê, ou um olhar que o atravessa, podendo constatar com o instrumento se esse é um possível indicador de risco psíquico. Por outro lado, é importante que ele também seja adotado na rotina, de forma a ser aplicado com os bebês, podendo pautar nossa assistência na atenção precoce.

Assim, se inspirando na fala de Dolto presente no vídeo disparador do grupo focal, a ideia proposta seria aplicar o instrumento pelo menos 1x por semana, dedicando esse momento somente para essa função e, consequentemente, para um cuidado pela presença. Ou seja, seria um momento de interação da equipe com o bebê, podendo se dedicar inteiramente a um cuidado pautado no afeto, sem estar realizando outra intervenção ou manejo clínico. Com isso, contribui-se para a identificação de bebês que se encontram em risco psíquico, atrelado a intervenções pautadas na atenção precoce e na psicanálise de forma a contribuir para uma melhor assistência e, então, prognóstico dos pequenos (*vir-a-ser*) sujeitos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trabalho buscou-se compreender não só quais aspectos devem ser observados em bebês prematuros internados na UTI Neonatal quanto ao seu desenvolvimento psíquico, mas também qual a percepção que os profissionais possuem quanto o impacto da UTIN, a importância do cuidado pela presença e como poderia-se aperfeiçoar a assistência durante a internação levando estes elementos em consideração. Com o grupo focal, foi possível constatar a presença da compreensão do impacto da internação para o desenvolvimento do bebê em todos os profissionais, independente da categoria profissional. Contudo, a maior parte reconheceu não se atentar para a importância de conversar com os bebês, fazendo disso uma rotina em seu trabalho, refletindo ao longo do encontro sobre práticas em que a comunicação com os lactentes já está incluída (como conversar brevemente antes de realizar um cuidado) e o que mais poderia ser feito visando melhorar a assistência.

Nesse sentido, a preocupação maior com uma comunicação ou um cuidado mais afetuoso e acolhedor acaba por ser destinado aos pais, o que é crucial para uma assistência ao bebê, contudo não é suficiente. O cuidado pela presença deve ser voltar para o bebê, visando sua reanimação psíquica, para além da orgânica. É papel da equipe multidisciplinar, junto aos pais, supor um sujeito naquele corpo, dando-lhe um nome, um lugar, uma história. Se comunicando, por meio de palavras ou do toque, pode-se intervir precocemente na constituição psíquica dos bebês, impedindo patologias que aparecem mais a frente e inclusive já foram constatadas durante a trajetória profissional das participantes do grupo.

Para tanto, torna-se importante que a articulação intrínseca corpo e mente e a constituição psíquica de recém-nascidos passem a integrar a grade teórica de todos os profissionais que se propõe a trabalhar em neonatologia. Apesar de reconhecerem a falta de formação teórica no tema, as profissionais mostram como o conhecimento quanto a importância do afeto e da fala estão presentes. Contudo, esbarra-se em um novo desafio quando se encontram imersas em um ambiente de urgências e repleto de tecnologias duras.

Dessa forma, o grupo parece ter cumprido seu papel de intervenção visando contribuir para o aperfeiçoamento do cuidado. A prática profissional de cada um foi assunto de reflexão em diferentes momentos da discussão, novas ideias surgiram para disseminar a “cultura” do cuidado pela presença e diferentes pontos que podem ser observados em recém-nascidos prematuros quanto ao seu conforto e/ou desconforto foram destacados. Por fim, foi possível desenvolver um instrumento de avaliação dos bebês, com sugestão de intervenção pautadas na atenção precoce que visem o cuidado pela presença e, então, um melhor desenvolvimento e prognóstico dos bebês assistidos pela instituição.

5 REFERÊNCIAS

AGMAN, M. et al. Intervenções psicológicas em neonatologia. In. Wanderley, Daniele de Brito (org). **Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade**. Salvador: Álgama, 1999. P. 17-34.

BARON-COHEN S., ALLEN J, GILLBERG C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. **Br J Psychiatry**. 161, p.839-43. 1992 doi: 10.1192/bjp.161.6.839.

BASEGGIO, D. B., DIAS, M. P. S., BRUSQUE, S. R., DONELLI, T. M. S., MENDES, P. Vivências de Mães e Bebês Prematuros durante a Internação Neonatal. **Trends in Psychology**. Março 2017, Vol. 25, nº 1, 153-167

BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru : manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 340 p.

BRASIL. **Diretrizes de estimulação precoce : crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 123 p.

BRASIL. **Caderneta de saúde da criança - menina**. 7 ed. - Passaporte da Cidadania. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 92p.

COUVERT, M. **A clínica pulsional do bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2020. 192p

FREUD, S. Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. In. **Vol. VII Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 7. 1905

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14, p. 75-108. 1914

_____. Os instintos e suas vicissitudes. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14, p. 115-144. 1915

GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; VIANA, ÂNGELA A. F.; SAND, I. C. P. V. DER; ROSA, B. V. C. DA; BEUTER, M. Percepções e sentimentos da família na interação com a equipe de enfermagem na UTI neonatal. - doi: 10.4025/cienccuidsaude.v11i1.18855. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 26-34, 24 out. 2012.

GIGUER, F. F. **O vir-a-ser de bebês prematuros: uma travessia da UTI-neonatal até a casa**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.

GOLIATH, M. V., & SIMANKE, R. T. Pluralismo metodológico e interdisciplinaridade nas pesquisas psicanalíticas de René Spitz : fundamentos e estratégias. **Memorandum: Memória E História Em Psicologia**, v. 39, 2021. Doi: <https://doi.org/10.35699/1676-1669.2022.36326>

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília

de Souza; et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 67-80.

IACONELLI, Vera. **Manifesto antimaterno: psicanálise e políticas da reprodução**. Rio de Janeiro: Zahar, 2023. 253 p.

JERUSALINSKY, J. É possível prevenir ou só resta remediar? In: J. Jerusalinsky, **Enquanto o futuro não vem** (pp. 224-256). Salvador: Ágalma. 2002

KINALSKI, D. D. F., PAULA, C. C. DE ., PADOIN, S. M. DE M., NEVES, E. T., KLEINUBING, R. E., & CORTES, L. F. Focus group on qualitative research: experience report. **Revista Brasileira De Enfermagem**, v. 70, n. 2, p.424–429, 2017.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu: tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. P. 96-103. 1949

LACAN, J. **O Seminário A angústia livro 10**. (1962-1963). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005

LAZNIK-PENOT, M-C. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: WANDERLEY, D. (Org). **Palavras em Torno do Berço**. Salvador: Ágalma. 1997.

LEJARRAGA, A. L. Os afetos em Winnicott. **Cad. Psicanálise, CPRJ**. Rio de Janeiro, ano 30, n.21, p.87-101, 2008. Disponível em:
https://cprj.com.br/imagenscadernos/caderno21_pdf/6Cadernos%20n.%202021_Os%20afetos%20em%20Winnicott.pdf. Acesso em: 10 de abril de 2024.

MATHELIN, C. **O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 160p, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Novembro Roxo: Ministério da Saúde reforça campanha para prevenção da prematuridade**. Gov.br. 07 nov 2022. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/novembro/ministerio-da-saude-reforca-campanha-para-prevencao-da-prematuridade> Acesso em: 01 de maio de 2024

MITTAG, B.F.; WALL, M.L. PAIS COM FILHOS INTERNADOS NA UTI NEONATAL – SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.6, n.2, p.134-145, maio/ago. 2004

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, D.C., 2005.
NAÇÕES UNIDAS. OMS promove novas diretrizes para cuidados com bebês prematuros. ONU news. 17 nov 2022. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/11/1805477>
Acesso em: 10 de maio de 2024

PAPALIA, D. E. & FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

RESEGUE R., PUCCINI, R. F., SILVA, E. M. K. S. Fatores de risco associados a alterações no desenvolvimento da criança. **Pediatria, [S.I.]**, v. 29, n. 2, p.117-128, 2007.

RESSEL, L., et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n.4), p.779–786, 2008.

<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400021>

REDE-BEBÊ. **1ª infância, desenvolvimento e transdisciplina: ata de fundação da Rede-bebê**. 20 abr 2018. Disponível em: <https://www.redebebe.com/principiosefundacao>. Acesso em: 20 de maio de 2024.

ROCHA, M. E., et al. O papel da equipe multidisciplinar na UTI neonatal. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 5, n. 5, p. 4915–4931, 2023. DOI: 10.36557/2674-8169.2023v5n5p4915-4931. Disponível em: <https://bjlhs.emnuvens.com.br/bjlhs/article/view/1049>. Acesso em: 6 fev. 2025.

SANTOS, K. G. M. DOS. **Implicações subjetivas acerca do nascimento do bebê prematuro: laços e enlaces em torno do berço**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.

SANTOS, M. S. Construcción de una escala de observación del vínculo madre-bebé internado en ucín: resultados preliminares de la aplicación del protocolo de observación. **Anuario de Investigaciones**, XV, 207-217. ISSN: 0329-5885. 2008. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139944054>

SILVA, R. M. M.; MENEZES, C. C. da S.; CARDOSO, L. L.; FRANÇA, A. F. O. Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 6, n. 2, 2016. DOI: 10.19175/recom.v6i2.940.

SOUZA, L.K. Recomendações para a Realização de Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa. **PSI UNISC**, Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 1, p. 52-66. 2020. Doi: <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v4i1.13500>

SOARES, B. S. & PAULA, M. B. As Influências Da Internação Intensiva Na Constituição Psíquica Do Bebê: Uma Leitura Psicanalítica. **Fundação Presidente Antônio Carlos – FUPAC/Uba**, p. 2-22, 2020. Disponível em: <https://ri.unipac.br/repositorio/wp-content/uploads/tainacan-items/282/183391/Bruna-Scher-Soares-2020.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2024.

SPITZ, R. A. Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. **The Psychoanalytic Study of the Child**, v. 1, n.1, p.53-74, 1945. doi:10.1080/00797308.1945.11823126

UNICEF. **Early Childhood Development: the key to a full and productive life**. 2015

WANDERLEY, D. B. (org). **Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade**. Salvador BA: Álgama, 1999.

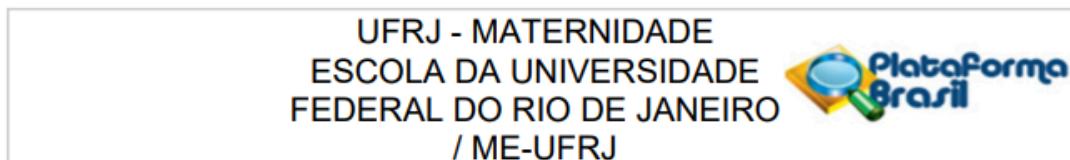
WINNICOTT, DONALD W. **Bebês e suas mães**. São Paulo: Ubu Editora, 2020 [1896-1971].

WINNICOTT, D. W. (1945). Desenvolvimento Emocional Primitivo. In: **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas.** Rio de Janeiro: Imago, 1958.

WINNICOTT, D. W. (1963) Da Dependência à Independência no Desenvolvimento do Indivíduo. In: **O Ambiente e os Processos de Maturação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1979.

WORLD HEALTH ORGANISATION. **Born too soon: decade of action on preterm birth.** Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Geneva. 2023. 126 p. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/publicacoes/rdc-7.pdf/view#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20os%20requisitos%20m%C3%ADnimos,Intensiva%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A1ncias>. Acesso em: 15 de maio de 2024

ANEXO A - Parecer Consubstanciado Do Comitê De Ética Em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INCLUINDO O PSÍQUICO EM UMA UTI NEONATAL: QUANDO O CUIDADO COM O BEBÊ PREMATURO SE FAZ PELA PRESENÇA

Pesquisador: CASSIA PATRICIA BARROSO PERRY

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80293224.6.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade-Escola da UFRJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.940.857

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de conclusão de curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da área da psicologia. A pesquisadora refere que a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) dentro de um hospital ou maternidade é considerada uma área crítica, onde são recém-nascidos prematuramente ou com alguma gravidez e/ou descompensação. No mundo, a cada ano, 10% dos nascimentos são prematuros, de forma que, em 2020, 13,4 milhões de bebês nasceram prematuramente. A compreensão de que esses bebês não são mais fetos, visto que nasceram, mas também não podem ser observados como recém-nascidos a termo, convoca uma nova visão quanto aos períodos evolutivos desses lactentes. Para além da preocupação com a fisiologia, o ambiente oferecido nas UTINs torna-se de grande importância para seu cuidado.

A pesquisadora pretende desenvolver um estudo descritivo, de abordagem qualitativa com duas etapas: (1) Levantamento bibliográfico de livros e artigos que abordam a constituição psíquica de recém-nascidos, sua relação com o cuidado físico e as especificidades da prematuridade, do ponto de vista da atenção precoce; (2) Realização de Grupo(s) Focal(is)

com 1 representante de cada categoria profissional que atua na UTIN de forma a expor os dados levantados na primeira etapa e propor uma reflexão e discussão sobre como isso se aplicaria ao contexto da UTIN da Maternidade-Escola da UFRJ. A discussão proveniente do GF



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
/ ME-UFRJ

Continuação do Parecer: 6.940.857

será analisada por meio do método de Análise de Conteúdo de Minayo e ao final do trabalho será proposto um instrumento multiprofissional de avaliação psíquica dos bebês na UTIN.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL: Levando isso em consideração, a presente pesquisa tem como objetivo compreender quais aspectos devem ser observados em bebês prematuros internados na UTIN quanto ao seu desenvolvimento psíquico e quais intervenções se tornam necessárias, tomando como referência a atenção precoce.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Elencar quais cuidados psíquicos, dentro do ponto de vista da atenção precoce, devem estar presentes na rotina da UTIN associados aos cuidados físicos:

Contribuir para o aperfeiçoamento do cuidado na UTIN, visando dar maior relevância aos aspectos psíquicos no desenvolvimento do bebê, incluindo estes na rotina dos cuidados e nas discussões dos profissionais da equipe;

Construir uma proposta de instrumento multiprofissional de avaliação psíquica dos bebês na UTIN.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora "Considerando a metodologia escolhida, este estudo apresenta como risco a quebra de confidencialidade de dados dos profissionais participantes. Visando minimizar esse risco, os dados coletados serão tratados de maneira sigilosa de forma que gravação, transcrição e análise serão realizados em computador de uso pessoal e protegido por senha. Ademais, na divulgação dos resultados, os nomes dos profissionais serão substituídos por códigos permitindo diferenciação dos participantes sem a exposição dos mesmos. Outro risco refere-se à possibilidade de constrangimento e desconforto dos participantes ao participarem do Grupo Focal. Para minimizá-los, será garantida a liberdade para não participar do GF, de não se expressar e também de encerrar a participação no Grupo a qualquer momento se julgar ser constrangedor ou desconfortável.

Uma vez que os resultados serão submetidos à publicação em periódicos da área, entre os benefícios previstos, inclui-se a contribuição para a literatura científica nas áreas de cuidados

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180 **CEP:** 22.240-003
Bairro: Laranjeiras **Município:** RIO DE JANEIRO
UF: RJ **Telefone:** (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-5194 **E-mail:** cep@me.ufrj.br

Continuação do Parecer: 6.940.857

com recém nascidos prematuros e em UTIs Neonatais. Os achados poderão subsidiar também o aperfeiçoamento da prática dos profissionais de saúde perinatal que prestam assistência a bebês com necessidade de internação na UTI. Por fim, somam-se os benefícios específicos para a instituição, visto que a discussão prática da assistência promovida entre a equipe multiprofissional pode contribuir para uma maior promoção e sensibilização do tema e, então, a construção de novos protocolos de assistência".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com descrição detalhada de suas etapas e da forma com que os participantes irão contribuir para que a pesquisadora possa atingir seus objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados no sistema.

Recomendações:

Sugiro uma reflexão da pesquisadora e sua orientadora no sentido de deixar o segundo objetivo específico : "Contribuir para o aperfeiçoamento do cuidado na UTIN, visando dar maior relevância aos aspectos psíquicos no desenvolvimento do bebê, incluindo estes na rotina dos cuidados e nas discussões dos profissionais da equipe"; como uma contribuição / benefício relevante da pesquisa e não como objetivo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

OBS: De acordo com a Resolução CNS 466/2012, inciso XI.2., e com a Resolução CNS 510/2016, artigo 28, incisos III, IV e V, cabe ao pesquisador:

- ✓ elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- ✓ apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- ✓ apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- ✓ manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- ✓ encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- ✓ justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-5194

E-mail: cep@me.ufrj.br

**UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
/ ME-UFRJ**



Continuação do Parecer: 6.940.857

publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_2352977.pdf	02/06/2024 15:52:19		Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Camila.pdf	02/06/2024 15:50:12	CASSIA PATRICIA BARROSO PERRY	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Cassia.pdf	02/06/2024 15:48:24	CASSIA PATRICIA BARROSO PERRY	Aceito
Outros	Paracer_Comite_Gestor_de_Pesquisa.pdf	02/06/2024 15:48:03	CASSIA PATRICIA BARROSO PERRY	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCR_Detalhado.docx	02/06/2024 15:42:33	CASSIA PATRICIA BARROSO PERRY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	02/06/2024 15:38:01	CASSIA PATRICIA BARROSO PERRY	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	02/06/2024 15:37:54	CASSIA PATRICIA BARROSO PERRY	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	02/06/2024 15:36:42	CASSIA PATRICIA BARROSO PERRY	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	02/06/2024 15:33:09	CASSIA PATRICIA BARROSO PERRY	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 10 de Julho de 2024

Assinado por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador(a))

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-5194 **E-mail:** cep@me.ufrj.br

ANEXO B - Guia de Temas

1) Primeiro momento: introdução

- Apresentação do Grupo Focal: explicação de como será conduzido o encontro;
- TCLE: Entrega e recolhimento de assinaturas;
- Registro do Grupo: Início da gravação;
- Apresentação dos participantes entre si

2) Segundo momento: disparador do Grupo

- Breve apresentação da pesquisa: motivação e objetivo
- Recurso disparador: passagem do vídeo utilizado como elemento disparador da discussão

3) Terceiro momento: reflexão e discussão

- Realização das perguntas ao longo do Grupo, com tempo entre elas para resposta dos participantes e discussão sobre o tema
 - 1) O que vocês pensam sobre o vídeo que acabaram de assistir?
 - 2) O que vocês já ouviram falar sobre o desenvolvimento psíquico de bebês?
 - 3) Como vocês acham que isso se aplica aos prematuros e se associa ao trabalho de vocês na UTI Neonatal?

4) Quarto momento: finalização

- Abrir para colocações finais;
- Breve apresentação da escala IRDI (Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil);
- Agradecer a participação dos profissionais e convite para estarem presentes na apresentação dos resultados.

Dados sociodemográficos:

Código do participante (*para preenchimento do pesquisador*): _____

Idade: _____

Cor/raça: _____

Naturalidade: _____

Área de
formação: _____

Tempo de atuação profissional nessa
área: _____

Setor de atuação na
instituição: _____

Tempo de atuação profissional na
instituição: _____

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO Maternidade-Escola Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

INCLUINDO O PSÍQUICO EM UMA UTI NEONATAL: QUANDO O CUIDADO COM O BEBÊ PREMATURO SE FAZ PELA PRESENÇA

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) na pesquisa intitulada “Incluindo o psíquico em uma uti neonatal: quando cuidado com o bebê prematuro se faz pela presença”, que tem como principal objetivo compreender quais aspectos devem ser observados em bebês prematuros internados na UTI Neonatal (UTIN) quanto ao seu desenvolvimento psíquico e quais intervenções se tornam necessárias, tomando como referência a atenção precoce, no contexto de uma maternidade pública de alto risco fetal. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por **Cassia Patricia Barroso Perry**, psicóloga residente na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ), no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, sob a orientação da psicóloga Ms. **Camila Carpes Chafic Haddad**.

Para alcançarmos os objetivos do estudo, convidamos você a colaborar conosco. Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se deseja ou não participar, bem como para retirar sua contribuição a qualquer momento. Você não será penalizado(a) de nenhuma maneira, caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Esta pesquisa não lhe trará despesas ou remunerações de qualquer natureza.

O convite à sua participação se deve à sua inserção na assistência aos casos internados na UTIN. Considerando a importância do tema para o campo da saúde, a sua participação poderá ajudar na compreensão da assistência oferecida aos lactentes internados na presente instituição. A partir disso, esperamos elencar quais cuidados psíquicos, dentro do ponto de vista da atenção precoce, devem estar presentes na rotina da UTIN associados aos cuidados físicos, visando contribuir para o aperfeiçoamento do cuidado na UTIN, visando dar maior relevância aos aspectos psíquicos no desenvolvimento do bebê. Tais conhecimentos poderão ajudar na elaboração de estratégias de assistência aos neonatos e sua constituição psíquica, além de auxiliar nos processos de trabalho dos profissionais de saúde perinatal.

Sua colaboração envolverá a participação em um Grupo Focal que, para fins de documentação, será gravado em áudio e posteriormente transcreto e arquivado de forma digital. A quantidade de encontros pode variar de acordo com a disponibilidade dos participantes. Da mesma forma, o tempo de duração do Grupo dependerá da discussão entre os participantes, contudo não deve ultrapassar uma hora. O Grupo Focal abordará o cuidado com os neonatos prematuros internados na UTIN, sendo estruturado com os momentos-chaves e presença de disparadores da discussão propostos pela moderadora, que podem ser questionamentos ou também recursos presentes na internet, como vídeos curtos e postagens. Além disso, também serão coletados dados sociodemográficos.

Ao final da pesquisa, o material obtido será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução nº 466/2012 e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa da

ME-UFRJ. Sob o risco de quebra de confidencialidade de dados dos participantes, somente a pesquisadora e sua orientadora terão acesso aos áudios, transcrição e tabulação dos dados, que serão tratados em computador de uso pessoal, protegido por senha. Dados que possibilitem a identificação dos participantes, como seus nomes, serão ocultados da apresentação dos resultados e divulgação do estudo. Assim, suas informações serão substituídas por um código ou nome fictício que preserve sua confidencialidade e sigilo. Outro risco deste estudo refere-se à possibilidade de constrangimento e desconforto dos participantes ao responderem participarem do Grupo. Para minimizá-los, será garantida a liberdade de não se expressar e também de encerrar a participação no Grupo a qualquer momento se julgar ser constrangedor ou desconfortável.

Quanto aos benefícios, ao final da pesquisa apresentaremos a você e aos demais participantes o resultado final do estudo. Também pretende-se que esses resultados sejam divulgados por meio de artigos científicos e apresentações em congressos da área, assegurando o sigilo e a confidencialidade em todos esses meios de divulgação.

Desta forma, estando você de acordo com o Termo proposto, este documento deverá ser rubricado em todas as páginas pelo(a) participante e pela pesquisadora, bem como deverá ser assinado na última página, e cada um(a) receberá uma via do mesmo.

Para qualquer esclarecimento, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras Cassia Patricia Barroso Perry (cassiaperry57@gmail.com) e Camila Carpes Chafic Haddad (camilahaddad@me.ufrj.br), ou pelo telefone (21) 98776-1908.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ME-UFRJ, que está localizado na Rua das Laranjeiras, 180, Laranjeiras – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22240-003. O contato pode ser realizado por meio dos telefones: (21) 2285 7935, ramal 207, ou (21) 2205 9064 (Tel/Fax), ou ainda via e-mail: cep@me.ufrj.br e site: <http://www.maternidade.ufrj.br/cep>.

Eu,

autorizo, voluntariamente, a minha participação nesta pesquisa. Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação no estudo e concordo em participar.

Assinatura do participante

Telefone do participante

Nome da pesquidora

Assinatura da pesquisadora

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2024

ANEXO D

Folha de Aplicação Instrumento de Avaliação de Risco Psíquico de Bebês Prematuros Internados em uma UTIN

Dados do RN	
Nome:	
Nome dos pais:	
Data de nascimento:	
Idade gestacional:	
Idade corrigida:	

Indicadores	Data de observação	P, A ou N/V	Observações
1. O bebê aparenta estar relaxado (feição e posição corporal) na incubadora e/ou berço?	/ /		
2. Busca se aproximar do cuidador quando este chega perto?	/ /		
3. Há troca de olhares entre o bebê e o cuidador?	/ /		
4. O bebê responde ao manhês?	/ /		
5. O bebê reage de alguma forma a interação com o outro?	/ /		
6. O bebê é capaz de se auto-regular, passando do estado de irritabilidade para o de sonolência?	/ /		

7. O bebê se acalma com alguma intervenção, como p. ex o colo ou a chupeta de luva?			
8. O bebê interage com a mãe (troca olhares/toques/carícias) durante a amamentação?			
9. O bebê reage de maneira diferente a pessoas diferentes (ex. mãe, pai, equipe de saúde)			

Intervenções pautadas no cuidado pela presença e na atenção precoce

Intervenções	Especificações
Se comunicar com o bebê	<ul style="list-style-type: none"> ● Conversar antes de iniciar os cuidados para anunciar sua presença para o bebê e evitar assustá-lo com o toque; ● Anunciar procedimentos que estão sendo feitos e suas finalidades; ● Dirigir a palavra ao bebê nos momentos que não estiver fazendo nenhum manuseio; ● Utilizar do manhês e de tons afetuosos durante a comunicação. ● Chamar o bebê pelo nome ao se dirigir a ele
Supor o sujeito	<ul style="list-style-type: none"> ● Utilizar o nome do bebê sempre que estiver se referindo a ele, com familiares e com outros profissionais da equipe; ● Inserir o RN na sua história familiar; ● Atribuir sentidos supostos aos seus choros e comportamentos; ● Personalizar o bebê, reconhecendo suas características e mostrando-as para os pais.
Respeitar o tempo do bebê	<ul style="list-style-type: none"> ● Respeitar o tempo de regulação e de sono do bebê; ● Evitar manuseios excessivos quando o bebê estiver hiperestimulado ou irritado; ● Observar a mamada, respeitando os limites do lactente e sem impor um tempo ou quantidade que ele não consegue.

Fornecer contorno e afeto	<ul style="list-style-type: none"> ● Contenção do bebê com cueiro ou manta e atentar para o posicionamento na incubadora, buscando o que parecer mais confortável para ele. ● Quando o bebê se encontra hiperestimulado, é importante fornecer-lhe um contorno por meio do colo, sem fala, apenas o toque; ● O colo e o toque firme devem ser realizados em momentos para além daqueles em que um cuidado físico estiver sendo realizado.
Trazer o lúdico	<ul style="list-style-type: none"> ● Brincar com o bebê de maneira livre, sem visar estimular algum desenvolvimento; ● Inserir a fantasia no cuidado e na relação com os pais, permitindo que eles se ocupem do bebê que tanto imaginaram, e não de um corpo a ser cuidado; ● Cantar e ler histórias para o bebê; ● Nomeação do bebê com palavras e características que incluem o afeto, como apelidos afetivos, p.ex.