



A influência sensorial na UTI neonatal e a inferência na fase ocular e oral

Sob um olhar da Psicologia Corporal

Sensory influences in the neonatal intensive care unit and their implications for the ocular and oral phases

Franciani Rodrigues Rocha (1); Mariane Peres Albino (2); Gisele Jacinta R. Fernandes Calegari (3); Jeverson Rogério Costa Reichow (4); Lucielena Mendonça de Lima (5)

(1) UNESC · Crisciúma-SC · Brasil

(2) UNESC · Crisciúma-SC

(3) UNESC · Crisciúma-SC

(4) UNESC · Crisciúma-SC

Resumo

Este artigo tem como objetivo observar as influências sensoriais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a inferência na fase ocular e oral sob um olhar da Psicologia Corporal. Para tal, utiliza-se de um referencial teórico encontrado através de uma pesquisa bibliográfica com revisão de literatura. Nela pretende-se buscar medidas preventivas a fim de amenizar os impactos decorrentes do longo período de cuidado hospitalar intensivo. Desta forma, para obter um melhor entendimento deste processo procurou-se descrever os impactos ambientais associados ao excesso dos estímulos sensoriais e a sua relação no processo de desenvolvimento emocional do bebê.

Palavras-chave: Psicologia Corporal; Maternagem; Sistema sensorial; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Abstract

This article aims to examine sensory influences within the Neonatal Intensive Care Unit and their implications for the ocular and oral developmental phases from the perspective of Body Psychology. To achieve this objective, a bibliographic review of the relevant literature was conducted. The study seeks to identify preventive measures capable of minimizing the impacts resulting from prolonged intensive hospital care. In order to better understand this process, the article describes the environmental impacts associated with excessive sensory stimulation and its relationship to the emotional development of the infant.

Keywords: Body Psychology; Mothering; Sensory System; Neonatal Intensive Care Unit.

Introdução

O desenvolvimento sensorial inicia-se na vida intra-uterina através da percepção e a estimulação intra-útero, este processo, é complexo e envolve os componentes morfológicos e neurais (CLARK-GAMBELUNGHE; CLARK, 2015). Para a caracterologia reichiana estima-se que no terceiro mês de vida intra-uterina já exista um “eu” fetal, que é sensível a estímulos auditivos, visuais e olfativos. Todavia, neste período, é compreensível, que o “eu” fetal possui certos limites relacionados a sensorialidade potencial (NAVARRO, 1995).

Na busca da integração entre o desenvolvimento sensorial e emocional, entre o segmento ocular e oral, esta criança necessita de um útero psicológico de bons vínculos e um contato corporal harmonioso com quem cuida (REICHERT, 2004). Após o nascimento, existe os estímulos ambientais que auxiliam cada sistema sensorial até completar a maturidade que pode levar vários meses após o nascimento (CLARK-GAMBELUNGHE; CLARK, 2015). Neste período “a mãe é mais do que um apoio, ela é o próprio chão”, afinal esta mãe equipa a sustentação e a vinculação que o bebê necessita. Com isto, este bebê recebe a primeira percepção do mundo, através do segmento ocular. E neste contexto integra os sentidos (visão, audição, olfativo, tátil) (REICHERT, 2004).

“O contato é vital para o desenvolvimento e até mesmo para a vida em si, é possível que um bebê, impedido de entrar em contato com outro ser vivo não consiga mais sobreviver” (BAKER, 1980).

No decorrer dos anos, o modelo tradicional de assistência ao Recém Nascido (RN) hospitalizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) se modificou, concedendo o espaço que era apenas focado ao RN enfermo para um novo modelo onde é permissível a presença da família no cuidado integral. Assim, muitas das UTIN estão permitindo o livre acesso dos pais para visitar o bebê, e permitiram a permanência contínua da família com o bebê internado caso consentirem, dispendo também de condições para permanência e acomodação (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Este estudo possui como objetivo observar as influências sensoriais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a inferência na fase ocular e oral sob um olhar da psicologia corporal na busca de medidas preventivas.

O recém-nascido pré-termo na UTI neonatal

O recém-nascido pré-termo (RNPT) é o recém nascido (RN) que veio ao mundo com menos de 37 semanas completas de gestação, e pode ser classificado também pelo seu grau de prematuridade, determinado pela idade gestacional (IG) e peso ao nascimento (PN). Quanto a classificação da IG, considera-se: prematuro limítrofe de 34-37semanas, muito prematuro nascido num período inferior de 32 semanas e prematuro extremo nascido de 25 semanas ou menos. Quanto a classificação pelo PN, considera-se o RN: baixo peso ao nascimento (BPN): com peso inferior a 2.500g; muito baixo peso ao nascimento (MBP): quando inferior a 1.500g e extremo baixo peso (EBP): inferior a 1.000g (PRADO; VALE, 2012; GONÇALVES et. al., 2017).

O RNPT possui uma imaturidade global de órgãos e sistemas, apresenta uma predisposição às lesões neurológicas, possui um aumento no risco de doenças respiratórias na primeira Infância, um aumento no risco de alterações no processo normal de evolução e além do mais um aumento na suscetibilidade de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM) e alterações sensoriais (SARMENTO, 2011; PRADO; VALE ,2012).

O processo de desenvolvimento fetal que se daria no ambiente intrauterino é ideal para o crescimento e o desenvolvimento terá de ser continuado numa UTIN, sendo este um ambiente diferente do uterino que apresenta-se: acolhedor, aconchegante, com uma temperatura agradável e constante e vinculado ao útero materno (REICHERT et. al., 2007; FARIA et.al., 2012). Entretanto, devido a sua situação de saúde, o RNPT recebido numa UTIN necessita ser submetido a diferentes situações estressantes na sua admissão e nos dias ou meses decorrentes no percurso da sua melhora afim de sobreviver (PRADO e VALE,2012; FARIA et.al., 2012).

Até final século XIX eram elevadas as taxas de mortalidade entre RNs de baixo peso, todavia em torno da metade Século XX houve um aumento das intervenções ligadas ao cuidado perinatal e por consequência uma diminuição significativa na mortalidade neonatal (STEIDL e PADILHA, 2010; GOMES, 2004; PRADO e VALE,2012).

A cada ano há um avanço tecnológico e da assistência ao RN sobrevivente em UTIN o que representa uma melhora na sobrevida destes RN e uma redução da mortalidade neonatal. Todavia, para que isto aconteça, este RN permanece em um ambiente em que é submetido a um excesso de manuseios dos profissionais, os procedimentos realizados são estressantes e doloridos, a iluminação do ambiente é excessiva e constante, há presença de ruídos excessivos, frequentemente ocorre mudanças de temperatura e também uma

modificação do ciclo do sono destes RN (REICHERT et.al, 2007; GAÍVA e SCOCHI, 2005; FARIA et.al., 2012; PRADO e VALE,2012). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) preocupou-se com o cuidado deste RN nas UTIN e instituiu a humanização nestas unidades como política nacional de saúde. No qual sugere o método canguru como uma alternativa de melhorar o vínculo entre a mãe, o pai e o bebê a fim de diminuir o impacto relacionado ao período de hospitalização (BRASIL, 2017).

A figura 1 representa o ciclo de uma rotina do RN em uma UTIN no qual o mesmo é submetido a uma manipulação excessiva da equipe de saúde devido os cuidados de rotina para a realização de procedimentos e exames, neste contexto também há um hiperestimulação auditiva e visual pelo ambiente no qual o RN está inserido. Também há uma ausência de limites intrauterinos que são necessários para o desenvolvimento o que gera uma resposta proprioceptiva nula que acaba afetando o desenvolvimento, e esse ciclo torna-se constante durante o período em que este RN está hospitalizado (PRADO e VALE,2012).

Figura 1 - Adaptado pelas autoras (PRADO e VALE, 2012).



Como princípios norteadores da atenção humanizada ao RN, têm-se:

O Método Canguru é um modelo de atenção perinatal voltado para a atenção qualificada e humanizada que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favoreça o cuidado ao recém-nascido e à sua família. O Método promove a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. Faz parte do Método o contato pele a pele, que começa de forma precoce e crescente desde o toque evoluindo até a posição canguru (BRASIL, 2017, p.23).

Este método utilizado como vínculo familiar propicia ao RN uma estimulação sensorial protetora ao seu desenvolvimento integral e contribui para que experiências positivas aconteçam através do contato pele a pele, na busca das diferentes trocas entre a mãe e o bebê relacionadas ao sistema sensorial com vivências táteis, auditivas, olfativas e influências sensoriais globais (BRASIL, 2017).

Sistema Sensorial

O sistema sensorial promove o desenvolvimento harmonioso do sistema nervoso central (SNC) do RN e oferece estímulos externos que facilitem a auto-regulação sensório-motora, o que favorece o desenvolvimento normal e o adequado posicionamento do bebê. São responsáveis pelo processamento da informação sensorial humano: o sistema tátil, visual, auditivo, gustativo, olfativo e vestibular (SARMENTO, 2011; PRADO e VALE, 2012).

Quanto ao **sistema tátil**, a ação do toque na pele do RN é como se existisse um canal independente de comunicação, sendo este o mais antigo dos sentidos e essencial para a integração do ser humano com o meio (SARMENTO, 2011). A estimulação sensorial tátil na UTIN proporciona um relaxamento muscular, uma diminuição dos níveis de cortisol devido a diminuição do estresse ao RN e um ganho ponderal do peso (PRADO e VALE, 2012; GONÇALVES et al, 2017).

Sobre o **sistema visual**, ao nascer todos os bebês, possuem uma deficiência na precisão do controle e da coordenação da musculatura intrínseca ocular (SARMENTO, 2011). Como já mencionado, no terceiro mês de vida intra-uterina, o bebê já é sensível a audição, visão e olfato, logo se o ventre de uma gestante for bruscamente ou receber intensa iluminação imediata, o feto bate as pálpebras, pois o mesmo sente-se solicitado a intensificar a sua movimentação uterina (NAVARRO, 1995). A capacidade de visão colorida está ausente em bebês com menos de 34 semanas de gestação, e ao nascer sua primeira cor percebida pelo é o vermelho. (CLARK-GAMBELUNGHE e CLARK, 2015).

Sobre a abordagem sensorial ao **sistema auditivo**, presume-se que a voz da mãe, o batimento cardíaco e o ruído externo estimula a audição fetal durante a vida intra-uterina (CLARK-GAMBELUNGHE e CLARK, 2015). Para o RN hospitalizado numa UTIN o excesso de ruídos pode ser danoso à este sistema, podendo proporcionar uma hiperestimulação auditiva que pode desencadear: apnéia, bradicardia, dessaturação de oxigênio. alterações na PaO₂ e no fluxo sanguíneo cerebral (LAHÓZ et al, 2009; SARMENTO, 2011; PRADO e VALE, 2012). A exposição prolongada a sons monótonos tem sido associado à diminuição da sensibilidade à estimulação auditiva (LAHÓZ et al, 2009). Na UTIN pode-se utilizar da

musicoterapia como uma alternativa para amenizar o estresse relacionado ao excesso de ruído. Esta abordagem pode proporcionar: aumento do ganho ponderal de peso, diminuição do estresse, diminuição do período de internação, aumento da saturação de oxigênio (SpO₂), melhora na integralidade comportamental e promover o relaxamento muscular (LAHÓZ et al, 2009; SARMENTO, 2011).

Em relação ao **sistema gustativo e olfativo**, para Navarro (1995), expõe que o nariz é a ponte com a boca, e por consequência com o líquido amniótico onde este permeia nas narinas transportando o que foi absorvido pela mãe. Em experiências realizadas demonstraram que quando as mães receberam alguma substância de odor particular, em ocasião do nascimento, o RN percebeu esse odor e reagiu com repulsa ou prazer. Clark-Gambelungh e Clark (2015) mencionam na sua pesquisa que o paladar e o cheiro no RN correlacionam-se com os componentes dietéticos maternos no líquido amniótico.

Sobre o **sistema vestibular**, este coordena os movimentos dos olhos, cabeça a relação do corpo no espaço além dos movimentos corporais. A estimulação sensorial se dá quando o RN está no colo do cuidador, onde o RN recebe o estímulo do balanço laterolateral ou anteroposterior de forma gentil e suave. Esse tipo de estímulo deve fornecer sensação de segurança e organização ao RN (SARMENTO, 2011).

Desenvolvimento psicoemocional infantil - Fase ocular-oral

A psicologia corporal Reichiana baseia-se no desenvolvimento libidinal. De acordo com Baker (1980), o desenvolvimento de uma criança é caracterizado em quatro fases, que são denominadas de fase ocular, oral, anal e fálica. Estas estão conectadas às zonas erógenas do organismo onde o contato com o meio é mais importante e onde se localizam os gânglios parassimpáticos, sendo eles, olhos, boca, ânus e genitais. Se a criança não passa por uma das fases libidinais de uma forma saudável poderão ocorrer então fixações, ou seja, ela poderá manter comportamentos e mecanismos de defesa de uma fase específica. No entanto, quando há traumas em uma das fases ocorre também um bloqueio energético, o que poderá resultar de repressão ou insatisfação em uma das fases do desenvolvimento (FADIMAN; FRAGER, 2002).

A primeira fase do desenvolvimento, chamada de fase ocular, inicia na fecundação, passando por todo o período gestacional até os dez primeiros dias de vida após o nascimento, nesta fase, o bebê se encontrará na etapa de sustentação (VOLPI; VOLPI, 2006).

Algumas situações como, tentativas de aborto, gravidez indesejada, intoxicações por drogas ou poluição, assim como situações estressantes vivenciadas pela mãe atingem o bebê, alterando o seu desenvolvimento funcional harmonioso e resultando em uma baixa energia vital, criando assim um trauma, um bloqueio energético (REICHERT, 2004).

De acordo com Volpi e Volpi (2006), o útero da mãe é o primeiro ambiente em que o bebê se encontra. Através de suas paredes e o cordão umbilical é realizado o primeiro contato entre o bebê e sua mãe. É também por meio do útero que o bebê é nutrido tanto fisiologicamente, quanto emocional e energeticamente. Reichert (2004) ressalta que o período uterino formará o temperamento, a relação sensorial da pessoa com seu corpo e a relação inicial com o desejo de viver e se desenvolver. O temperamento determina a condição de equilíbrio obtida pelo organismo durante o período inicial da vida, num misto de heranças genéticas e condições emocionais do ambiente uterino.

A fase oral, que também pode ser chamada de etapa de incorporação, é na qual o bebê por meio do aleitamento materno encontra o contato com o outro. Este bebê precisa ser sustentado pela mãe. Essa fase ocorre desde o nascimento até os 18 meses de idade aproximadamente, de forma que a criança é totalmente dependente da mãe, sendo o contato com esta, parte fundamental para o seu desenvolvimento (VOLPI; VOLPI, 2003).

Quando o bebê começa a mamar, há o período de relações afetivas simbióticas. Neste momento o bebê não distingue o mundo experienciado do mundo de suas fantasias. Se ele recebe coisas boas, ele se sente bem e isso marcará sua autoestima. Se a satisfação oral e afetiva não for suficiente para este bebê, acarretará em uma criança sempre com expectativa de ser atendida e cuidada. Esta insatisfação resultará em uma fixação e um estado carencial. Seu desenvolvimento emocional continuará ocorrendo, mas a criança fica emocionalmente frágil por esta falta. Podendo assim resultar também em um trauma e bloqueio energético (REICHERT, 2016).

Cabe ressaltar também que a criança se utiliza também da visão para responder a aceitação que ela percebe do meio. O trauma advindo deste estado carencial pela falta de simbiose afetiva mãe v.s bebê pode prejudicar a visão, tornando os olhos rígidos e sem vida, não desenvolvendo a visão binocular. Quando esta visão não é desenvolvida, a criança tende a se ajustar, a ver um mundo sem perspectiva. É provável que poucas pessoas tenham uma visão binocular completa, sendo que a maioria das pessoas vê apenas com um olho essencialmente o que enxerga com ambos os olhos (BAKER, 1980).

Os olhos de uma criança são fundamentais para o desenvolvimento de contato com o mundo. A capacidade de olhar e ver passará por fases de integração de movimentos oculares (convergência, rotação e lateralização). Isto acarretará nas suas percepções do mundo diante de seu ponto de vista sensorial. É importante compreender que a olfação e audição também estão em desenvolvimento desde a gestação e logo após o nascimento, antes do bebê conseguir enxergar nitidamente a mãe, ele a identifica pelo cheiro e pela voz. (REICHERT, 2004).

Conclusão

Um ambiente acolhedor para o RN internado numa UTI é primordial para minimizar os traumas advindos da separação entre a mãe e o bebê num momento tão simbiótico logo após o nascimento. Evidencia-se na literatura e nos achados da abordagem corporal as marcas psicológicas e físicas deste bebê e as memórias por toda a vida.

Na perspectiva de ações preventivas dos traumas a equipe de profissionais envolvidos na UTIN poderiam incrementar o aconchego da incubadora com a colocação das redes ou ninho que assemelham-se à posição intra-uterina. Como também incentivar a vinculação dos pais ou cuidadores com este bebê: realização do método canguru com o uso do sling, banho de balde com o ambiente em temperatura, luminosidade e sonorização agradável, aleitamento materno com o estímulo do contato ocular e maternagem, com a utilização de técnicas conforme a necessidade do bebê, por exemplo a técnica do copinho para bebês que apresentam dificuldade no reflexo de sucção e a translactação, com o contato materno, para as mães que apresentam dificuldades na produção do leite.

Estas ações preventivas poderiam influenciar positivamente para um melhor desenvolvimento destes bebês que necessitaram de um cuidado hospitalar intensivo. Assim, evitando possíveis traumas relacionados às fases ocular e oral.

Referências

BAKER, Elsworth Fredrick. *O labirinto humano: causas do bloqueio da energia sexual*. 2. ed. São Paulo: Summus, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *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.

- CLARK-GAMBELUNGHE, Melinda; CLARK, David A. Sensory development. *Pediatric Clinics of North America*, v. 62, n. 2, p. 367-384, 2015.
- FADIMAN, James; FRAGER, Robert. *Teorias da personalidade*. Tradução de Odette De Godoy Pinheiro. São Paulo: Harbra, 2002. 393 p.
- FARIA, Gabriela Aparecida. Humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: musicoterapia e dor. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 69, 2012.
- GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 4, p. 444-448, ago. 2005.
- GONÇALVES, R. L. et al. Hidroterapia com ofurô como modalidade de fisioterapia no contexto hospitalar humanizado em neonatologia. *Artmed Panamericana*, p. 59-90, 2017.
- LAHÓZ, Ana Lúcia Capelari. *Fisioterapia em UTI pediátrica e neonatal*. São Paulo: Manole, 2009.
- NAVARRO, Frederico. *Characterologia pós-reichiana*. Tradução de Cibele dos Santos Coelho. São Paulo: Summus, 1995. 93 p.
- PADILHA, Juliana Falcão; STEIDL, E. M. S.; BRAZ, M. M. Efeitos do método mãe-canguru em recém-nascidos pré-termo. *Fisioterapia Brasil*, v. 15, n. 2, p. 1-6, 2014.
- PRADO, Cristiane do; VALE, Luciana Assis (Org.). *Fisioterapia: neonatal e pediátrica*. Barueri: Manole, 2012. 564 p.
- REICHERT, Altamira Pereira da Silva; LINS, Rilávia Nayara Paiva; COLLET, Neusa. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 9, n. 1, p. 200-213, jan.-abr. 2007.
- REICHERT, Evânia. *Infância: a idade sagrada: anos sensíveis em que nascem as virtudes e os vícios humanos*. 5. ed. Porto Alegre: Vale do Ser, 2016. 344 p.
- SARMENTO, George Jerre Vieira (Org.). *Fisioterapia respiratória em pediatria e neonatologia*. Barueri: Manole, 2011.
- VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara. *Etapas do desenvolvimento emocional*. Curitiba: Centro Reichiano, 2006. Disponível em: <http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Artigos/VOLPI,%20Jos%C3%A9%20Henrique;%20VOLPI,%20Sandra%20Mara%20Etapas%20do%20desenvolvimento%20emocional.pdf>. Acesso em: 05 maio 2018.
- VOLPI, Sandra Mara. *REICH: da psicanálise à análise do caráter*. Curitiba: Centro Reichiano, 2003.

Credenciais dos autores

Franciani Rodrigues Rocha

Fisioterapeuta pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC (CREFITO 10-1442-0). Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Psicoterapeuta corporal pelo Instituto Holon. Psicólogo clínico. franciani@gmail.com

Mariane Peres Albino

Bacharel em Psicologia pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Psicoterapeuta corporal pelo Instituto Holon. Psicólogo clínico. peres.mari@unesc.net

Gisele Jacinta R. Fernandes Calegari

Bacharel em Psicologia pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC (CRP - 12/06246). Especialista em Psicologia Corporal pelo Centro Reichiano. cursando Pós Graduação em Psicanálise pela UNESC. giselejacinta@gmail.com

Jeverson Rogério Costa Reichow

Bacharel em Psicologia pela Universidade Católica de Pelotas (CRP - 12/04218). Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutor em Psicologia Social pelo Instituto de Psicologia da USP. Atualmente é professor da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Membro do InterPsi - Laboratório de Psicologia Anomalística e Processos Psicossociais do Instituto de Psicologia da USP. Coordena o GRUPPA - Grupo de Pesquisa em Psicologia Anomalística e Processos Psicossociais da UNESC. jrr@unesc.net

Como citar este artigo

ROCHA, Franciani Rodrigues; ALBINO, Mariane Peres; CALEGARI, Gisele Jacinta R. Fernandes; REICHOW, Jeverson Rogério Costa; LIMA, Lucielena Mendonça de. A influência sensorial na UTI neonatal e a inferência na fase ocular e oral. Revista Científica Eletrônica de Psicologia Corporal, Curitiba, v. 21, p. 13-21, 2020. e-ISSN 3086-1438. Disponível em: <https://centroreichiano.com.br/artigos/a-influencia-sensorial-na-uti-neonatal-e-a-inferencia-na-fase-ocular-e-oral/>. Acesso em: 04/06/2026.