

## Apoio na Área do Desenvolvimento em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

HEIDELISE ALS, PH. D.

*Professora Associada de Psicologia, Departamento de Psiquiatria  
Faculdade de Medicina e Hospital Pediátrico de Harvard  
Boston, Massachusetts*

LINDA GILKERSON, PH. D.

*Professora e Directora, Programa de Estudos Infantis Irving B.  
Harris, Instituto Erikson, Chicago, Illinois*

As unidades de cuidados intensivos para recém-nascidos sofreram, nos últimos 15 anos, uma modificação que tem sido descrita como a mais profunda transformação que alguma vez ocorreu em cuidados neonatais (Gilkeron e Als, 1995). Estas enfermeiras estão a evoluir para um novo modelo de cuidados centrados na família e no apoio do desenvolvimento – uma aliança entre profissionais e família, apoiando a relação dos pais com o seu bebé e as necessidades neurobiológicas do recém-nascido (Als, 1993).

O desenvolvimento cerebral no recém-nascido de termo tem lugar no meio intra-uterino, um meio que beneficia da protecção materna contra as perturbações do ambiente, com um aporte contínuo de nutrientes, uma temperatura estável e ritmos crono-biológicos regulares. Pelo contrário, os bebés prematuros são tratados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais numa altura em que o seu cérebro está a crescer mais rapidamente que em qualquer outro período da sua vida (McLennan, Giles, e Neff, 1983). O sistema nervoso do recém-nascido está a desenvolver-se num ambiente em que há uma sobrecarga sensorial e, portanto, um desajustamento entre os estímulos do ambiente e as expectativas do sistema nervoso em desenvolvimento (Als e col., 1979; Freud, 1991; Gottfried e Gaiter, 1985; Wolke, 1987). De um ponto de vista evolutivo, e como membros da espécie humana, os recém-nascidos pré-termo são neurobiologicamente sociáveis (Als, 1977; Als e col., 1979; Als e Duffy, 1982) e necessitam, para o seu desenvolvimento, da segurança facultada por três meios ambientes: o útero materno, o corpo dos seus pais e o seu grupo socio-familiar (Hofer, 1987). Assim, a salvaguarda do papel dos pais como principais prestadores de cuidados é fundamental para a sobrevivência e para o crescimento do bebé prematuro (Als, 1992; Als, no prelo). Como avaliar os efeitos sobre o sistema nervoso do bebé do/de transitar demasiado cedo

do equilíbrio relativo do ecossistema aquático intra-uterino da mãe para o meio terrestre extra-uterino da Unidade de Cuidados Intensivos para recém-nascidos (Alberts e Cramer, 1988), passando por cima da fase de contacto corporal precoce? Qual o impacto desta descontinuidade sobre o desenvolvimento do bebé e da família?

Como transformar a enfermeira de cuidados intensivos num ambiente estimulante, que favoreça o desenvolvimento de todos os implicados?

### Cuidados favorecedores do desenvolvimento

A abordagem desenvolvimentalista considera que o bebé desempenha um papel activo nos seus próprios cuidados, procurando seguir a sua trajectória desenvolvimental (Als, no prelo). Esta abordagem postula que o planeamento dos cuidados se baseia nas informações fornecidas pelo comportamento do bebé (Als, 1892). Assim, a colaboração com o bebé implica interpretar o seu comportamento, para se perceber o que é que ele pretende e que estratégias ele está a utilizar, e planear o tipo de apoio que poderá facilitar o seu desenvolvimento global e a sua organização neurocomportamental, a par das intervenções médicas e de enfermagem necessárias. As questões que se levantam são: Qual é a agenda do desenvolvimento da criança? (Als, 1978) e Como implementar os cuidados de forma a respeitar e favorecer o desenvolvimento do bebé ao mesmo tempo que se cumprem os objectivos dos cuidados?

O modelo de Cuidados Desenvolvimentais Individualizados e Programa de Avaliação para o Recém-Nascido (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program – NIDCAP) foi concebido para implementar os cuidados desenvolvimentais (Als e Gibes, 1986).



Esta abordagem inclui um método sistematizado e detalhado de observação do comportamento do bebê, constituindo-se um repertório único das estratégias utilizadas por cada recém-nascido e que irá servir de guia para a prestação de cuidados. Habitualmente, um técnico com treino em desenvolvimento trabalha em colaboração com uma enfermeira também com experiência em desenvolvimento para dar apoio à equipa de cuidados primários e à família. Os profissionais em desenvolvimento conduzem as observações, preparam relatórios pormenorizadas contendo sugestões sobre estratégias de suporte da estabilidade fisiológica do bebê e de implementação do seu desenvolvimento e partilham esta informação com as equipas de prestação de cuidados e com a família.

### Observação do Comportamento

A observação pormenorizada do comportamento documenta a linguagem do bebê através de 3 canais de comunicação: o sistema autónomo, o sistema motor e o sistema dos estadios (Als, 1982). Como já foi descrito (Als, no prelo), o funcionamento do sistema nervoso autónomo pode ser observado através do padrão respiratório do bebê, das flutuações da cor da pele, da estabilidade ou instabilidade visceral, e de outros comportamentos autónomos tais como os tremores ou os sustos. Estamos perante um bebê que respira de forma suave e regular? Ou, pelo contrário, na presença do menor toque, ruído ou movimento, tem surtos de irregularidade respiratória, apneia ou taquipneia? Mantém uma coloração estável da pele da face e do corpo ou fica facilmente pálido ou cianosado? Mantém um sistema visceral estável, mesmo em resposta a uma interacção vigorosa, ou surge rapidamente com soluços, regurgitação ou emissão de fezes em resposta à mínima interacção?

Simultaneamente, o funcionamento do sistema motor pode ser avaliado através da observação do tónus, das posturas e dos padrões de movimento. O bebê é capaz de manter um tónus estável, mostrando uma expressão facial animada e um bom tónus dos membros? Ou fica facilmente hipotónico, tanto no tronco como nos membros, e sem expressão facial? Mantém uma flexão suave ou, pelo contrário, tem uma flexão exagerada, parecendo utilizar esta hiperflexão como medida de auto-protecção? Ou, pelo contrário, faz uma extensão exagerada dos braços, pernas e dedos das mãos e dos pés, assim como da cabeça, do pescoço e do tronco? Quando o bebê se mexe, tem movimentos suaves e controlados ou, pelo contrário, desorganizados e com um mau equilíbrio entre flexores e extensores?

A organização dos estadios do recém-nascido (Brazelton, 1984) pode ser observada a partir da variação dos

seus estadios, da consistência e modulação dos seus estadios e do padrão de mudança de estadio. Tem continuidade nos seus estadios, passando do sono profundo para o sono leve, e em seguida para a sonolência, para um alerta calmo, para um alerta activo e, finalmente, para um estadio de choro? Ou passa do sono para a sonolência e, imediatamente a seguir, novamente para o sono, sem ficar alerta? Quando a criança está a dormir, tem um sono estável, ou nunca sossega totalmente, mostrando movimentos faciais, vocalizações e agitação? Qual é a qualidade do seu estadio de alerta? Tem uma expressão animada, com os olhos brilhantes e a boca proeminente, pronto para a interacção? Ou entra rapidamente em pânico, com os olhos muito abertos, ou consegue a custo ter energia para interagir com os olhos semicerrados e vidrados e com uma expressão de ansiedade?

Estas observações podem ser efectuadas semanalmente ou quando clinicamente necessário por um especialista em desenvolvimento e podem ter lugar na mesma altura que a enfermeira ou o prestador de cuidados se estão a ocupar da criança (ex: observação dos sinais vitais, mudança de fralda, aspiração). O observador não interage directamente com o bebê, mas mantém-se perto observando e registando os dados numa grelha de NIDCAP todos os 2 minutos. Para se obter uma amostra suficiente do comportamento, o bebê é observado durante pelo menos 20 minutos antes da interacção com o prestador de cuidados, durante a interacção com o prestador de cuidados e durante os 20 minutos seguintes. Para além do registo dos pormenores relativos ao comportamento, o observador regista dados fisiológicos (ex: frequência cardíaca, frequência respiratória e oxigenação), os níveis de luz e de ruído e a actividade em volta do berço. As interacções relativas à prestação dos cuidados são também descritas.

### Interpretação do Comportamento

Todas as observações são interpretadas como esforços de auto-regulação através de comportamentos de aproximação e de evitamento (Als, no prelo). Parte-se do princípio que o bebê tem estratégias para procurar e receber estímulos, se o in-put tiver um timing, uma complexidade e uma intensidade adaptados aos seus limiares de funcionamento e que, pelo contrário, tem estratégias para evitar e se alhear de in-puts demasiado intensos ou complexos ou com timing inapropriado. Tais comportamentos são interpretados como comportamentos de stress. Os comportamentos de aproximação e de auto-regulação podem converter-se em comportamentos de stress; os mesmos comportamentos, quando eficazes na redução do stress, podem converter-se em estratégias de auto-regu-



lação. Por exemplo, no bebê muito jovem, a mão na face e os movimentos da boca podem significar estabilidade mas, quando demasiado frequentes, estes comportamentos podem significar stress ou actividade comicial. Regra geral, os movimentos de extensão são interpretados como indicativos de stress e os movimentos de flexão como competências auto-reguladoras. Os comportamentos difusos representam stress e os movimentos bem definidos representam equilíbrio. A auto-regulação e o equilíbrio são representados por uma respiração regular, uma coloração rosada da pele, um sistema visceral estável, movimentos suaves, uma modulação do tónus, uma postura ligeiramente em flexão e estádios de sono e de alerta estáveis.

O especialista em desenvolvimento prepara um relatório em que descreve o diálogo comportamental entre o bebê e o prestador de cuidados. Este relatório começa com uma descrição do meio ambiente em volta do berço. Segue-se a descrição do comportamento da criança no que diz respeito a aspectos fisiológicos, antes do início da prestação dos cuidados. Em seguida, é descrita a interacção durante a prestação dos cuidados, nomeadamente os esforços, as iniciativas e as respostas do bebê, assim como os esforços do prestador de cuidados para o ajudar. As observações repetidas permitem obter muitas informações sobre as forças do recém-nascido e a sua adaptação à prestação dos cuidados. O comportamento do bebê é interpretado à luz das suas metas desenvolvimentais. O relatório termina com sugestões relativas à prestação dos cuidados e a modificações do meio ambiente, de modo a melhor adaptar os cuidados aos comportamentos do bebê e a favorecer o seu desenvolvimento. Este relatório é partilhado com o prestador de cuidados e com os pais e, de acordo com as preocupações da enfermaria em termos de desenvolvimento, é incluído no processo clínico do bebê (Als et al, 1986; Als et al, 1994).

### Normas do NIDCAP

Com o objectivo de implementar o desenvolvimento dentro do âmbito do NIDCAP, Holmes, Sheldon e Als (em preparação) e Vento e Fineberg (no prelo) criaram normas para a prestação de cuidados. Segue-se uma descrição dum ambiente favorecedor do desenvolvimento, com base nestas recomendações.

- **Consistência da prestação de cuidados:** Nas primeiras 24 horas de internamento, é constituída uma equipe para cada recém-nascido. Esta equipe inclui a família, médicos, enfermeiras, técnicos do serviço social e um profissional com treino em desenvolvimento. A equipe funciona em colaboração com a família de modo a deli-

near um programa individualizado de prestação de cuidados, que deve ser revisto diariamente durante a visita e discutido regularmente em reuniões com a equipe e a família.

- **Estruturação das 24 horas do bebê:** Para facultar ao bebê um repouso suficiente e para implementar o seu crescimento, as intervenções são organizadas de forma a se adaptarem aos seus ciclos de sono-vigília, aos seus estádios de alerta, às suas necessidades médicas e à sua competência para se alimentar. Todas as interacções relativas à prestação de cuidados são avaliadas quanto à sua necessidade e à sua forma, por exemplo, será que um recém-nascido ventilado necessita de ser aspirado com intervalos rígidos ou apenas quando clinicamente indicado? As manobras desagradáveis, tais como a aspiração, são efectuadas por equipas de duas pessoas.

- **Espaçamento da prestação de cuidados:** Durante a prestação de cuidados, os profissionais abordam a criança de forma calma e tranquila, explicando à família o objectivo e a sequência dos cuidados. O prestador de cuidados organiza o meio ambiente, tem à mão o material de que necessita e prepara-se para estar emocionalmente disponível e atento à família e ao bebê. O bebê é observado antes de ser tocado. Em seguida, o prestador de cuidados apresenta-se ao bebê falando-lhe baixinho e tocando-lhe ao de leve. Durante a prestação dos cuidados, é facultada ao bebê a possibilidade de descansar e recuperar entre as manobras e ele é acalmado pegando-se-lhe nas mãos, nos dedos, ou deixando-o chupar no dedo ou numa chupeta. Os pais são encorajados a acalmar o seu bebê durante a prestação de cuidados, visto a criança necessitar do conforto e da segurança da sua família. Assim, o bebê aprende a reconhecer as mãos, o corpo e a voz dos seus familiares e sente-se reconfortado com a sua presença, mostrando uma maior estabilidade fisiológica quando estão presentes. O prestador de cuidados permanece junto do recém-nascido e da família após a prestação dos cuidados, para se assegurar que o bebê está confortável.

- **Apoio durante as fases de transição:** Há uma maior necessidade de apoio nos períodos de transição, particularmente entre as manobras de prestação de cuidados (ex: regulação do ventilador, mudanças de posição, alimentação, mudanças de fralda) e no início e no fim dos cuidados. Também há maior necessidade de apoio quando o bebê acorda ou quando se esforça por adormecer. As prestações de cuidados baseiam-se nas informações comportamentais fornecidas pelo bebê, com especial atenção para a facilitação de um sono tranquilo após os períodos de alerta.

- **Posicionamento apropriado:** Os bebês são mantidos numa posição de flexão ligeira, confortável e bem alinhada, durante o sono, a alimentação, o banho e os proce-



dimentos necessários. Este posicionamento pode ser ajudado por meio de um cobertor enrolado, a formação de um ninho, uma massagem suave ou a contenção com as mãos. O decúbito lateral ou ventral, se o bebê tiver força suficiente, são preferíveis ao decúbito dorsal, por serem mais confortáveis e proporcionarem uma maior estabilidade fisiológica. São utilizados meios de suporte com o objetivo de implementar a competência do recém-nascido, sendo estes diminuídos de forma gradual à medida que a regulação autônoma do bebê melhora.

- Apoio individualizado da alimentação: O método de alimentação e o seu horário são determinados de acordo com as necessidades individuais do recém-nascido e as suas competências. A alimentação deve ser uma fonte de prazer para o bebê, aumentando progressivamente a sua iniciativa e o seu controle. O prestador de cuidados deve colocar a criança numa posição segura e confortável. A posição semi-sentada, ligeiramente flectida, ficando o bebê aninhado nos braços do prestador de cuidados, costuma ser a mais apropriada. O ritmo da alimentação deve ser regulado pelos sistemas autônomo e motor, e pelo estadio do recém-nascido.

- Oportunidades para o contacto corporal: As oportunidades para os pais pegarem nos seus bebês, mesmo ventilados, em contacto com a sua pele (Posição de Canguru) são facultadas a toda a hora. Os bebês têm uma maior estabilidade respiratória e um sono mais tranquilo quando ao colo dos pais, enquanto os pais experimentam uma sensação de calma e de bem-estar. O pessoal é ensinado e encorajado a estimular os pais a pegarem nos seus bebês ao colo em contacto com a sua pele e a ministrar os cuidados com este ao colo dos pais.

- Colaboração nos cuidados: Todas as técnicas especiais de observação e avaliação, tais como exames físicos, ecografias, radiografias e exames neurológicos, são efectuadas pelo especialista com a colaboração da enfermeira responsável pelo bebê e, se possível, na companhia dos pais que lhe devem proporcionar conforto e bem-estar. Isto permite ao recém-nascido ser apoiado durante os tratamentos por pessoas que o conhecem e sabem como reage ao stress e às manobras de consolação.

- Ambiente calmo e sossegado: As enfermarias devem ter um ambiente calmo e sossegado, nomeadamente no que se refere à iluminação, ao ruído e à decoração. A iluminação deve incluir uma luz de cabeceira individual, cuja intensidade se possa reduzir, e uma iluminação geral indirecta e facilmente ajustável. Podem ser utilizados vários processos para reduzir o ruído, como locais separados para os internamentos e visitas médicas, eliminação de rádios e outros aparelhos sonoros à cabeceira do bebê e métodos para reduzir o ruído do equipamento (ex: vibradores em vez de beeps, cobertores para isolar as incubadoras do som, e um sinal luminoso de aviso sempre que o ruído ultrapasse os limites permissíveis).

- Conforto da família: Uma boa maneira de sensibilizar o pessoal para as mensagens dadas aos pais pelo ambiente consiste em fazer com que os técnicos percorram a pé o caminho que vai desde o parque de estacionamento do hospital até à cabeceira do bebê (Als, no prelo). Em que é que o ambiente contribui para fazer compreender aos pais a importância do seu papel nos cuidados do bebê? Os pais são extremamente sensíveis às componentes emocionais do ambiente. Que mensagem lhes é dada pelo comportamento das pessoas com quem contactam, desde o funcionário do parque de estacionamento ao médico? Para melhorar o conforto da família dentro da unidade, recomenda-se a criação de espaços individualizados e acolhedores, com um ambiente semelhante ao da casa. Deve haver uma poltrona de dois lugares reclinável à cabeceira de cada berço ou incubadora. Os pais devem ser encorajados a considerar o espaço em volta do seu bebê como seu, podendo ser decorado a seu gosto, e a trazer de casa roupa, cobertores, brinquedos, fotografias e outros objectos, de forma a personalizar o espaço do bebê. Os gémeos devem ser tratados pela mesma equipe, na mesma zona, e, por vezes, na mesma incubadora ou berço. Deve haver um serviço de apoio para os irmãos do bebê, prestado por pessoal especializado.

Apoio desenvolvimental: Profissionais com formação em desenvolvimento devem fazer parte da equipe em full-time. Estes profissionais devem ter conhecimentos sobre desenvolvimento infantil e familiar, devem apoiar as equipes de prestação de cuidados primários e devem ser uma fonte e uma catalisador da implementação do desenvolvimento do bebê. Os especialistas em desenvolvimento devem ter contactos com os seus colegas de outras unidades e devem ter a oportunidade de participar em conferências sobre a matéria, a nível local, regional e nacional. A enfermaria deve ser apoiada por uma equipe multi-disciplinar de desenvolvimento. Esta equipe deve ter acesso a um treino específico dentro da unidade e a oportunidades de consulta. Deve também ter a oportunidade de desenvolver processos de monitorização e de reflectir sobre o processo de mudança (Gilkerson e Als, 1995). Um Conselho de Pais, com representação multicultural, deve igualmente ser criado. Tanto as famílias como o pessoal devem ter fácil acesso a apoio psicológico. Deve haver a colaboração de um assistente social com experiência clínica, de uma enfermeira de psiquiatria, de um psicólogo ou de um psiquiatra, sempre que necessário.

### Princípios fundamentais da prestação de cuidados

Apesar das práticas desenvolvimentais poderem parecer à primeira vista estranhas ao contexto de uma unidade de cuidados intensivos neonatais, elas baseiam-se



em princípios fundamentais de prestação de cuidados que transcendem o local onde são praticadas. Citando Winnicott, «um bebé beneficia sempre da atenção que lhe é dada».

Independentemente do meio ambiente, há três aspectos que devem caracterizar a prestação de cuidados: a individualidade, a resposta e o respeito (Gerber, 1979). Gonzalez-Mena e Eyer (1980) estabelecem dez princípios para se tratar um bebé com respeito.

Alguns destes princípios são: implicar a criança nas coisas que lhe dizem respeito, investir nos momentos em que se está totalmente disponível, conhecer as formas únicas de comunicação de cada bebé e dar-lhe a oportunidade de conhecer as nossas próprias formas de comunicação, respeitar os bebés na sua qualidade de indivíduos, criar segurança e ensinar confiança ao bebé, preocupar-se com a qualidade do desenvolvimento em cada uma das suas etapas.

Os cuidados relativos ao desenvolvimento têm por objectivo assegurar que este seja considerado como um ser individual na unidade de cuidados intensivos neonatais, e como um colaborador competente na prestação dos seus próprios cuidados. A abordagem desenvolvimentalista exige que os técnicos da unidade de cuidados intensivos observem os esforços do recém-nascido, reparam em que contexto o bebé consegue uma melhor auto-regulação e competência, e que ofereçam apenas a assistência necessária para apoiar as capacidades desenvolvimentais do bebé e implementar os passos seguintes do seu desenvolvimento. As regras relativas à alimentação evidenciam a importância da iniciativa e da competência crescentes do bebé. Desta forma, os prestadores de cuidados promovem o desenvolvimento afectivo do bebé, a motivação dos seus afectos e o controle da sua experiência extra-uterina.

Na literatura, é dada uma importância considerável aos aspectos físicos da prestação de cuidados: mudança de fraldas, alimentação, adormecer, consolar. A prestação de cuidados define-se, não só pela actividade em si, mas também pela sequência e pelo contexto em que é efectuada: tudo o que ocorre antes, durante e depois. Esta abordagem pode ser ilustrada pela descrição que se segue de uma mudança de fralda, integrada num programa de cuidados ao recém-nascido:

«Em primeiro lugar, prepare o ambiente e o material. Em seguida, aproxime-se da criança, mas não lhe pegue imediatamente. Observe-a e espere que ela repare em si. Diga-lhe o que vai acontecer e explique-lhe cada passo da operação. Após a mudança da fralda, fique com a criança até ela sossegar e se envolver numa actividade (Abel, comunicação pessoal, 1995)».

A abordagem desenvolvimentalista utiliza a mesma metodologia na prestação de cuidados na unidade de cuidados intensivos neonatais. Como os bebés estão a

adquirir a sua percepção do mundo, interiorizam não só os aspectos físicos da prestação de cuidados como a forma como eles são efectuados. Gonzalez-Mena e Eyer (1980) sublinham que algumas das necessidades básicas do bebé são satisfeitas através dos cuidados físicos; outras necessidades são satisfeitas através do modo como os cuidados físicos são prestados.

O ritmo da prestação de cuidados, tão importante na abordagem desenvolvimentalista, permite um diálogo calmo, sem pressas e em total sintonia entre o bebé e o prestador de cuidados. Este tipo de experiência precoce fornece ao bebé mensagens importantes sobre o ambiente humano que o rodeia.

Lally e Phelps (1994) sublinham que o ambiente do recém-nascido deve oferecer segurança, protecção e intimidade. A forma como são prestados os cuidados primários e a continuidade dos prestadores de cuidados são cruciais para a criação de uma sensação de segurança e de confiança no bebé e na família. Quando os prestadores de cuidados estão sempre a mudar, os bebés têm de fazer um maior esforço para serem compreendidos (Lally e Phelps, 1994), e não têm a oportunidade para desenvolver expectativas e ganhar confiança.

Demonstrou-se que isto pode levar à depressão, ao crescimento deficiente e a síndromas de hospitalismo. Para os bebés prematuros e medicamente frágeis, isto torna-se ainda mais grave visto os seus recursos para fazer face ao stress serem mais limitados.

A presença dos pais constitui a maior fonte de segurança que um bebé pode ter; é importante educar os técnicos para a importância dos pais e para o seu papel no re-equilíbrio das energias entre a vida fetal e a relação parental. Na unidade de cuidados intensivos neonatais, a inter-acção directa do profissional com o recém-nascido deve estar sempre em sintonia com as características individuais desse recém-nascido. Isto tranquiliza os pais quanto ao significado afectivo dado a cada um dos movimentos e actividades do bebé, mesmo muito pequeno. Esta sintonia, obtida através da modelagem e da preparação de ambientes apropriados para a regulação mútua pais/bébé, é da responsabilidade do prestador de cuidados, no interesse do bem-estar do bebé. Isto reveste-se de particular importância no ambiente muito intensivista de que o recém-nascido necessita. O modelo desenvolvimentalista procura não só proteger o bebé de estímulos excessivos e inapropriados e de procedimentos desnecessários, como também assegurar que cada bebé seja tratado por pessoas que o conheçam profundamente, isto é, que conheçam os modos como o bebé inicia e demonstra a sua competência e como manifesta descompensação. Estes prestadores de cuidados definem a sua própria competência através da sua responsabilidade co-reguladora e da sua eficácia, isto é, investem emocionalmente na competência crescente dos



pais e do bebé para adquirir autonomia na sua regulação mútua.

### **Apoio para a eficácia dos cuidados relativos ao desenvolvimento**

Tem surgido cada vez mais investigação demonstrando o papel dos cuidados relativos ao desenvolvimento nas unidades de cuidados intensivos neonatais. Assim, no grupo de maior risco, constituído por recém-nascidos ventilados de muito baixo peso, obteve-se uma evolução médica mais favorável, com uma diminuição das hemorragias intra-ventriculares, uma menor severidade da doença crónica pulmonar, um melhor crescimento, uma alta mais precoce e uma redução dos custos da hospitalização (Als e col., 1986; Becker e col., 1991; 1993; Als e Col., 1994; Fleisher e col., no prelo). A maior protecção do sistema nervoso em desenvolvimento, obtida através da adaptação do meio ambiente às capacidades individuais do recém-nascido, parece melhorar os padrões de funcionamento cerebral (Als e col., 1994). Isto foi igualmente demonstrado em recém-nascidos pré-termo saudáveis a quem foram administrados cuidados favorecedores do desenvolvimento. Verificou-se que os seus padrões de funcionamento cerebral eram significativamente mais semelhantes aos do recém-nascido de termo, e muito diferentes dos de recém-nascidos pré-termo que não receberam cuidados favorecedores do desenvolvimento (Buehler e col., no prelo). Os cuidados desenvolvimentais parecem proteger de forma selectiva o lobo frontal, um achado interessante, dado que a organização neuronal desta região ocorre relativamente tarde na sequência do desenvolvimento (Huttenlocher, 1984). Estes achados são particularmente encorajadores, visto o lobo frontal estar implicado na organização das funções executivas do cérebro – a atenção, a regulação dos estádios, o planeamento de prioridades e a monitorização. Estas são as funções que são particularmente vulneráveis no bebé pré-termo (Als e col., 1989; Hack e col., 1994).

### **O desafio da implementação dos cuidados desenvolvimentais em todas as enfermarias**

Nos últimos cinco anos, colaborámos com colegas de cinco hospitais no National Collaborative Research Institute for Early Childhood Intervention (NCRI-ECI), um estudo multi-cêntrico organizado pelo Departamento de Educação dos Estados Unidos e tendo por objectivo observar a eficácia da abordagem desenvolvimentalista (Als e col., no prelo). Para além de uma investigação experimental, este estudo permitiu examinar questões relacionadas com esta implementação, isto é, permitiu procurar

as razões pelas quais é difícil uniformizar em grande escala as aptidões individuais de cada técnico para favorecer o desenvolvimento. Uma neonatologista senior viveu este dilema há 25 anos, ao descrever os cuidados desenvolvimentais:

«Deixem-me falar-vos da primeira enfermeira preocupada com o desenvolvimento. Parecia ter mais jeito que as outras para alimentar os recém-nascidos por sonda gástrica. Observei-a a alimentar os bebés. Introduzia a sonda e depois acariciava a barriga do bebé, como se o estivesse a acalmar. Reparámos que os bebés se alimentavam melhor, não regurgitavam tanto e tinham um melhor ganho de peso. Depois desta observação, perguntámos: porque é que isto não é feito por todas?» (Gilkerson e Als, 1995, p. 20).

Os cuidados prestados por esta enfermeira demonstram como ela adapta intuitivamente as suas práticas de prestação de cuidados ao comportamento do bebé, e como esta adaptação teve como resultado uma melhor evolução. Os pais perguntam frequentemente: Qual é a necessidade de demonstrar os cuidados desenvolvimentais? Não é óbvio que estes os cuidados de que o bebé e a família necessitam? Tanto as enfermeiras como os médicos têm comentado que a preocupação com o conforto do bebé e da família constitui uma atitude de bom-senso. Porque é que os cuidados desenvolvimentais são um desafio? Por que razão são praticados por todos? E como ajudar o pessoal das enfermarias a prestar os seus cuidados segundo esta nova perspectiva?

Efectuaram-se entrevistas, integradas no estudo NCRI-ECI, a 160 profissionais e membros das famílias sobre aspectos relacionados com a implementação do desenvolvimento. Assim, muitos dos desafios parecem estar relacionados com a própria natureza da abordagem desenvolvimentalista – o facto de ter um suporte teórico, de se basear na relação e de estar orientada para os sistemas (Gilkerson e Als, 1995).

O conceito-chave dos cuidados desenvolvimentais é o conceito da co-regulação, ou regulação mútua, baseado num contexto teórico evolutivo que considera que a natureza social do ser humano assenta numa base neuro-biológica. Este conceito de regulação mútua é essencial para a compreensão e apoio da relação que se estabelece entre o recém-nascido e a sua família na unidade de cuidados intensivos neonatais. A implementação dum abordagem com base teórica, em vez de uma abordagem com base no procedimento, constitui um desafio em qualquer contexto; constitui um desafio ainda maior num ambiente de cuidados intensivos, orientados, por tradição, por regras, protocolos e cuidados de rotina (Gilkerson, 1990). Os cuidados baseados na co-regulação exigem que os prestadores de cuidados se preocupem com os outros e se interroguem acerca das suas próprias acções e formas de estar. Na prática diária, esta reflexão não é fácil de arti-



cular com o trabalho intensivista, orientado para a acção. No entanto, na evolução para os cuidados desenvolvimentais, a prática da reflexão torna-se necessariamente importante.

O papel da reflexão na implementação dos cuidados desenvolvimentais foi recentemente descrito em pormenor (Gilkerson e Als, 1995). O Grupo de Trabalho do ZERO TO THREE sobre Supervisão e Orientação define a reflexão como «a conceptualização permanente daquilo que se está a observar e daquilo que se está a fazer» (Fenichel, 1992; p. 10). A reflexão permite «fazer sabendo» (Schön, 1983; 1987) e considera o auto-conhecimento uma competência profissional indispensável (Bowman, 1989). Visto o suporte dos cuidados desenvolvimentais ser a observação do comportamento do bebé e a formulação de uma estratégia de cuidados baseada nessa observação, o conceito de Schön de «reflexão na acção» é particularmente pertinente. A implementação dos cuidados desenvolvimentais requer que «se sinta, se veja e se repare no que se está a fazer; e, depois, que se aprenda com o que se sente, com o que se vê e com aquilo em que se repara; e, finalmente, que se adapte tudo isto à prática, de forma inteligente, ou mesmo intuitiva» (Tremmel, 1993, p. 438). Tremmel (1993) sublinha que, para estarmos abertos à reflexão, temos de modificar a nossa maneira de pensar, o que constitui um desafio para qualquer profissional prestador de cuidados. Uma enfermeira experimentada descreveu como era difícil, mas compensador, deixar de obedecer às regras habituais da prática clínica: «Uma grande parte da enfermagem consiste em aplicar rotinas de forma rotineira. Eu costumava aspirar os bebés de três em três horas, invariavelmente. Agora, penso, "no interesse de quem é que eu estou a aspirar – no meu ou no do bebé?" ...Antes, eu sabia o que fazer, agora, sei por que razão o faço». (Gilkerson e Als, 1995). Os cuidados desenvolvimentais requerem o encorajamento de mentalidades flexíveis, interessadas em «fazer, aprender, e vir a conhecer» (Tremmel, 1993, p. 438).

As relações implicam ligações. As enfermeiras que adoptam uma abordagem desenvolvimentalista reconhecem a sua ligação com os bebés que têm a seu cargo e com as suas famílias.

«Eu costumava pensar "Vou entrar e colocar um catéter de aspiração no tubo endotraqueal. Vou mudar a fralda, vou prender a criança, vou fechar a porta e vou proceder à minha tarefa seguinte; não vou olhar mais para o bebé até ter mais cuidados a prestar-lhe". Eu sabia o que tinha a fazer nesse dia, mas não sabia nada acerca da pequena pessoa com quem me relacionava».

«Agora penso de outra maneira. Agora penso cada vez que abro a incubadora, é quase como se estivesse a fazer uma visita. Eu estou aqui para comunicar contigo, bebé, e tu vais comunicar comigo. Vou observar e avaliar o bebé, há algumas coisas que eu vou ter que fazer,

mas vou estar atenta ao que ele me diz e adaptar o que eu tenho que fazer às informações que ele me dá... Sinto-me ligada e em sintonia». (Gilkerson e Als, 1995, p. 24).

Esta nova relação com o bebé fortalece a capacidade dos pais para se relacionarem com ele.

«Antes de conhecer a abordagem desenvolvimentalista, ... (ao falar com os pais), focava aspectos como 'ele tem olhos azuis'... e não falava... das suas características humanas. Agora, penso que ajudo os pais a verem o seu bebé como fazendo parte da família, e a conhecê-lo como se estivesse em casa». (Gilkerson e Als, 1995, p. 24).

No entanto, trabalhar com relações humanas é difícil. A responsabilidade de se estabelecer uma ligação pode ser ameaçadora, especialmente para prestadores de cuidados cuja identidade assenta na competência tecnológica e científica. Os discípulos de saúde mental advogam que o trabalho com relações humanas requer uma supervisão constante, um factor tipicamente ausente das unidades de cuidados intensivos neonatais tradicionais, assim como de outras enfermarias para crianças. O Grupo de Trabalho do ZERO TO THREE sobre Supervisão e Orientação (Fenichel, 1992) definiu três elementos essenciais de supervisão: a regularidade, a colaboração e a reflexão. Neste contexto, a supervisão é uma relação para a aprendizagem, em que é previsto, de forma regular, um tempo com um profissional experiente para explorar os «aspectos imperfeitos» da prática profissional (Belenhey e col., 1986) e a resposta de cada um ao trabalho. Shanok (1992) descreve a supervisão como um espaço onde «as forças são implementadas e as vulnerabilidades partilhadas» (p. 40). Na unidade de cuidados intensivos neonatais, o profissional está sempre a ser solicitado para tomar decisões e agir. Na supervisão, como explica Shanok, aprende-se pela reflexão, que se converte em acção mais pensada e reflectida. Todos os profissionais das unidades de cuidados intensivos neonatais devem ter oportunidades para a supervisão reflectida; no mínimo, os elementos da equipe ligada ao desenvolvimento deveriam ter a oportunidade de uma supervisão individual para fortalecer a sua auto-confiança e a sua capacidade para estabelecer relações apoiantes.

A natureza relacional dos cuidados desenvolvimentais é também evidente no processo da implementação. Devido à natureza dos cuidados intensivos e à inter-dependência dos prestadores de cuidados, mudar os padrões dos cuidados intensivos neonatais constitui uma tarefa complexa que exige, muitas vezes, aptidões especiais para a negociação social e para a cooperação. Por exemplo, deixar o bebé completar integralmente e sem interrupção um ciclo de sono-vigília poderá interferir com o timing do exame físico efectuado pelo médico, das técnicas especiais efectuadas pelos especialistas, das consultas de especialidade, dos exames laboratoriais, das terapias respiratórias e outras ou mesmo dos serviços de limpeza. A



equipe ligada ao desenvolvimento deve planejar um modo de proceder que tenha em consideração várias perspectivas e que inclua todas as pessoas envolvidas. Isto reveste-se de particular importância quando as mudanças afectam o que Scheinfeld (Comunicação pessoal, 1993) chamou o «fluxo das actividades». Num estudo sobre as emoções do pessoal, no contexto de um hospital psiquiátrico, Scheinfeld demonstrou que a forma como o técnico executa uma rotina ou manobra tem para ele um determinado significado psicológico. O «fluxo das actividades» é reconfortante, dando uma sensação de controle e de competência. A interrupção deste fluxo pode dar lugar a uma série de reacções emocionais – a ansiedade, o sentido de perda, a fúria. Pelo facto da abordagem desenvolvimentalista procurar prestar cuidados com a criança em vez de à criança, o modelo desenvolvimental deve ser implementado de forma paralela, isto é, com os profissionais em vez de aos profissionais. Para esta implementação ser bem sucedida, como foi explicado por uma enfermeira chefe experiente, o trabalho na unidade deve ter simultaneamente dois objectivos: «Temos que integrar os cuidados desenvolvimentais na prática diária e temos ao mesmo tempo de construir relações de colaboração». Assim, uma das principais capacidades do desenvolvimentalista numa unidade de cuidados intensivos é a aptidão para se relacionar com os outros apesar das aparentes diferenças. Bettelheim (Bettelheim e Rosenfeld, 1993) afirma que quando não somos capazes de perceber o comportamento de outrém, «devemos partir do princípio que as razões ou motivos para as suas acções lhe parecem boas» (p. 107). «Temos sempre de partir do princípio que os pensamentos e acções da outra pessoa merecem ser vistas o mais positivamente possível» (p. 119). Manter a relação desta forma exige um alto grau de conhecimento intra-pessoal e inter-pessoal, e constitui outro motivo pelo qual a supervisão reflectiva permanente é essencial.

Nos primeiros dias da implementação da abordagem desenvolvimentalista numa enfermaria, uma enfermeira afirmou sentir-se muitas vezes dividida entre as necessidades do bebé e as necessidades do pessoal. Isto resulta em parte da pressão do trabalho clínico e da falta de tempo para reflectir sobre as necessidades e as perspectivas das pessoas envolvidas. No estudo NCRI-ECI, con-

cluímos que era essencial que a equipe de desenvolvimento e as chefias da enfermaria reservassem regularmente algum tempo para reflectir sobre o processo de implementação e considerar todos os aspectos da evolução para os cuidados baseados no apoio ao desenvolvimento. O modelo deste processo, foi descrito noutra local (Gilkerson e Als, 1995).

Por definição, a natureza relacional dos cuidados desenvolvimentais está orientada para os sistemas. Uma alteração de alguma peça do sistema tem efeitos sobre a integridade do sistema. De igual modo, alterações no sistema global irão afectar a dinâmica dos sub-sistemas. É importante incluir-se na revisão periódica do processo de implementação uma observação de todo o serviço (Gilkerson, 1993) para se entender a cultura da unidade, em particular os seus padrões de comunicação e a forma como são geridos os conflitos (Shortell e col., 1991); os acontecimentos críticos que afectam a unidade; e, mais importante ainda, a identidade da unidade e o seu sentido de competência (Cooperrider e Srivastva, 1987). A implementação da mudança e do crescimento deve, deste modo, considerar sempre dois componentes: o crescimento do sistema e o crescimento dos indivíduos envolvidos no sistema.

## Sumário

A mais importante mudança em cuidados intensivos neonatais, isto é, a mudança dos cuidados baseados em protocolos e procedimentos para cuidados desenvolvimentais baseados na relação, está a ganhar impacto. Existe já uma metodologia para se ensinar a observar o comportamento do bebé. A investigação que documenta a eficácia desta abordagem está a aumentar; a compreensão da necessidade do apoio individual e dos sistemas para o êxito desta abordagem está também a aumentar. Os bebés e as suas famílias irão beneficiar do facto das unidades de cuidados intensivos neonatais se definirem como locais onde são prestados, não só cuidados físicos, mas também cuidados favorecedores do bem-estar emocional. Além disso, o sentido de eficiência e de satisfação dos profissionais irá também aumentar.