

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Atenção Humanizada ao Recém-Nascido

 **Método
anguru**
Manual Técnico



DISTRIBUIÇÃO
VENDA PROIBIDA
GRATUITA

Brasília – DF
2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Atenção Humanizada ao Recém-Nascido



3ª edição



Brasília – DF
2017

2002 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 3ª edição – 2017 – 3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
SAF/Sul, Trecho 02, Lote 05/06, Torre II, Edifício Premium, sala 18
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
E-mail: dapes.sas@saude.gov.br

Coordenação Geral da Saúde da Criança e do Aleitamento

Materno - CGSCAM/MS:
Cláudia Puerari

Organização:

Denise Streit Morsch
Zeni Carvalho Lamy

Revisão técnica:

Denise Streit Morsch
Luiza Geaquinto Machado
Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana
Nelson Diniz de Oliveira
Sérgio Tadeu Martins Marba

Elaboração:

Denise Streit Morsch
Geisy Maria de Souza Lima
Luciana Palácio Cabeça
Maria Auxiliadora Mendes Gomes
Nelson Diniz de Oliveira
Nicole Oliveira Mota Gianini
Olga Penalva Vieira da Silva
Patricia de Pádua Andrade Campanha
Pedro Iencarelli
Sérgio Tadeu Martins Marba
Suzane de Oliveira de Menezes
Tadeu de Paula Souza
Tathyane Silva
Vivian Mara G. de Oliveira Azevedo
Vladimir Athayde
Zaira Aparecida de Oliveira Custódio
Zeni Carvalho Lamy

Colaboração:

Anielle Leticia Barreto de Souza
Carolina Polazzon
Karina Godoy Arruda
Margareth Dirikson
Mari Elisia de Andrade
Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana
Mariana Silva Barcelos
Mônica Pessoto
Nina de Almeida Braga
Rebeca Domingues Raposo

Foto capa:

Merval de Jesus Gonçalves Filho

Fotografias:

Edgar Soares da Rocha
Eremita Val Rafael
Merval de Jesus Gonçalves Filho
Suzane Oliveira de Menezes

Projeto gráfico e diagramação:

Fabiano Bastos

Normalização:

Mariana Andonios Spyridakis Pereira – Editora MS/CGDI

Revisão:

Khamila Silva – Editora MS/CGDI
Tamires Alcântara – Editora MS/CGDI

Apoio:

Fundação Josué Montello
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Elaboração de texto (1ª edição):

Catarina Aparecida Schubert
Denise Streit Morsch
Geisy Lima
José Dias Rego
Márcia Cortez Belloti de Oliveira
Maria Auxiliadora Gomes de Andrade
Marinice Coutinho Midlej Joaquim
Nelson Diniz de Oliveira
Nicole Oliveira Mota Gianini
Ricardo Nunes Moreira da Silva
Suzane Oliveira de Menezes
Zaira Aparecida de Oliveira Custódio
Zeni Carvalho Lamy

Elaboração de texto (2ª edição):

Andréa dos Santos
Carmen Elias
Catarina Aparecida Schubert
Denise Streit Morsch
Geisy Lima
Honorina de Almeida
Maria Auxiliadora Gomes de Andrade
Maria Auxiliadora Mendes Gomes
Maria Teresa Cera Sanches
Nelson Diniz de Oliveira
Nicole Oliveira Mota Gianini
Olga Penalva Vieira da Silva
Ricardo Nunes Moreira da Silva
Sérgio Tadeu Martins Marba
Sonia Isoyama Venancio
Suzane Oliveira de Menezes
Zaira Aparecida de Oliveira Custódio
Zeni Carvalho Lamy

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

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. : il.

3ª edição do livro: Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru (2011).
ISBN 978-85-334-2525-5

1. Recém-nascido. 2. Método Canguru. 3. Saúde da Criança. I. Título.

CDU 613.952

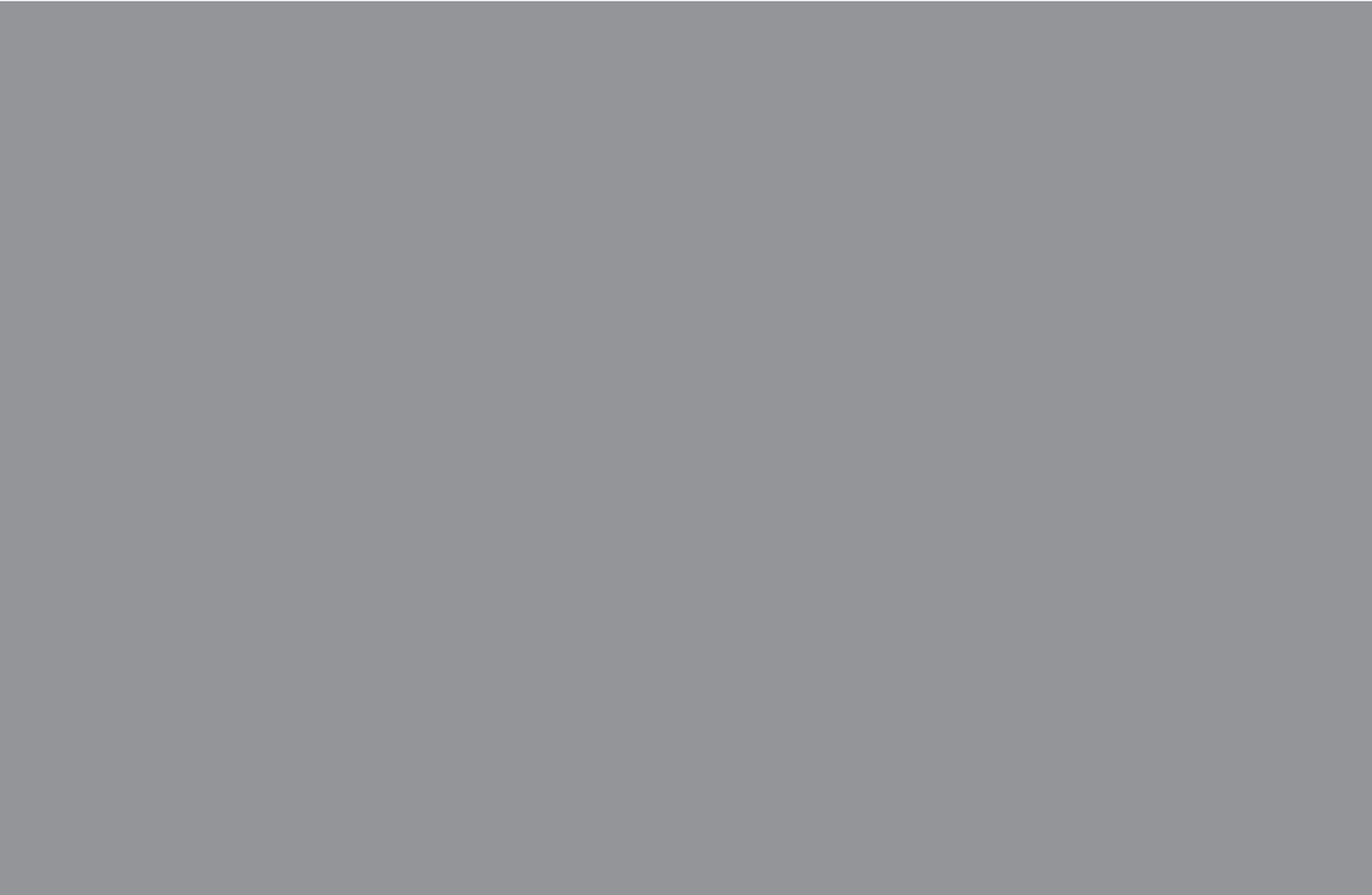
Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2017/0133

Título para indexação:

Guidelines for humanized attention to the newborn: Kangaroo Method: technical manual

Sumário

Apresentação	5	
O Método Canguru no Brasil	11	Módulo 1
1 O Método Canguru no contexto das políticas de saúde	13	
2 Norteadores da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru	23	
Aspectos psicoafetivos do recém-nascido, seus pais e sua família	29	Módulo 2
1 Conjugalidade, casal grávido, transmissão psíquica e a construção da parentalidade	31	
2 Os cuidados com a família: acolhimento e apoio, da gestação à alta	54	
3 Trabalhando as perdas e a comunicação de notícias difíceis	78	
4 Nascimento prematuro e formação de laços afetivos	91	
Método Canguru e cuidados sociais na unidade neonatal	113	Módulo 3
1 Redes sociais de apoio no contexto da internação neonatal	115	
2 As novas configurações familiares	129	
3 O Método Canguru, as mulheres/mães e o uso de drogas	132	
Aspectos Clínicos do Recém Nascido	141	Módulo 4
1 Apneia da prematuridade	143	
2 Refluxo gastroesofágico (RGE) no recém-nascido pré-termo	150	
3 Displasia broncopulmonar	156	
4 Anemia da prematuridade	165	
5 Controle térmico do recém-nascido de baixo peso	170	
6 Nutrição do recém-nascido pré-termo	180	
7 Aleitamento materno	196	
Proteção do desenvolvimento na unidade neonatal – conceitos e intervenções	207	Módulo 5
1 Desenvolvimento e comportamento do recém-nascido na unidade neonatal	209	
2 Manejos, cuidados e manuseios individualizados na unidade neonatal	228	
3 Ambiência na unidade neonatal: características, efeitos e possibilidades de intervenção	259	
4 Avaliação, prevenção, tratamento e consequências da dor e do estresse no recém-nascido	278	
O cuidador e o ambiente de trabalho	309	Módulo 6
1 O cuidador e o ambiente de trabalho	311	
2 O recém-nascido, os pais e a equipe	313	
3 O cuidador e a unidade neonatal	318	
4 O estresse ocupacional e a síndrome de <i>burnout</i>	321	
5 Cuidando da equipe	326	
Chegando ao final	331	
Anexos	335	
Anexo A – Modelo gráfico do genograma	337	
Anexo B – Símbolos do genograma	338	
Anexo C – Modelo gráfico do ecomapa	339	



Apresentação



Uma carta para nortear o cuidado perinatal brasileiro

*Quem construiu a Tebas das sete portas?
Nos livros vem o nome dos reis,
Mas, foram os reis que transportaram as pedras?*

Bertolt Brecht

Decorridos mais de 17 anos desde os primeiros encontros realizados na então Área Técnica da Saúde da Criança, do Ministério da Saúde, nos idos de 1999 até os dias atuais, muito se caminhou buscando novos olhares para nortear o cuidado perinatal brasileiro. Havia a sensação de que algo de muito novo clamava para ser mostrado à comunidade científica, de modo convincente, para que pudesse crescer e impactar de maneira positiva no futuro das crianças e de suas famílias. Com isso concorda Jaqueline Wendland (2012) que comenta que não existe nada na vida que possa ser comparado com o surgimento de uma nova vida oriunda de uma gravidez e do momento do parto.

Estamos falando do momento mais nobre da nossa existência, que é o cuidado com a continuidade da nossa espécie, a espécie humana. Nada mais sensível, delicado e importante do que a constituição de um novo ser. Nada mais desafiante do que ajudar a cuidar desse momento, de forma atenta, segura, conhecendo cada particularidade; respeitando a sua integralidade e sabendo prevenir, antecipar e atuar quando necessário. Dessa forma, ao reunir o conhecimento de vários cuidadores de diferentes especialidades envolvidas com a saúde da mulher e da criança, ousou-se construir passos que pudessem unificar esse novo conceito de cuidado perinatal, com uma visão mais holística e humana.

Desta forma, foi elaborada a *Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru*. Funciona como uma carta-piloto, auxiliando “navegadores e caravanas” no planejamento de melhores rotas. Como uma carta que estabelecesse princípios, conceitos e comportamentos, tornou-se magna e ganhou força. Não uma força pétrea por ser irredutível, mas força pela forma dialogada na sua construção, consistente nas suas matrizes científicas e com olhar de vanguarda. Como toda nova concepção, o estabelecimento de maneiras para disseminar os novos conceitos precisaram ser construídos. Assim, surgiu o Manual Técnico, pilar de toda esta obra e que agora temos o orgulho de apresentar em sua 3ª edição.

O porquê de um manual técnico

O trabalho que a *Norma de Atenção Humanizada* propõe-se a discutir e ordenar inclui na atenção perinatal vários novos momentos. Momentos esses não só restritos aos processos envolvidos nos cuidados pré, trans e pós-parto, mas também chamando a atenção para toda essa complexidade, ao trazer elementos ligados às raízes da vida dos diferentes atores individualmente e que têm repercussões transgeracionais.

Com essa vertente holística e de vanguarda, surge, nos ensinamentos preconizados pela Norma, o detalhamento de seu Manual Técnico, em que situações antes

desconhecidas pela grande maioria dos cuidadores perinatais passam a ser delineadas. À compreensão sobre a abordagem da mãe, do pai e de toda a família, protagonistas da gestação, associa-se o conhecimento dos aspectos psíquicos e sociais, de fundamental importância para um adequado acompanhamento fisiológico da gestação. Surgem novos olhares com o melhor conhecimento da conjugalidade, dos conceitos de parentalidade, temporalidade da mãe e seu companheiro, da família e do recém-nascido e reforço na função e no lugar dos irmãos e dos avós dessas crianças.

A discussão das novas configurações familiares, indo além da tradicional família nuclear, mostra que a equipe perinatal deve estar preparada para as mudanças no contexto das relações afetivas e promover inclusão e auxílio na formação da rede social de apoio. A mesma preocupação aparece ao discutir particularidades no acompanhamento das gestações de pacientes usuárias de drogas.

A vocação e o forte conteúdo direcionado ao cuidado do recém-nascido pré-termo e de baixo peso devem-se à importância que o conhecimento sobre a labilidade desse momento do desenvolvimento deve ser ressaltado. Assim é que a discussão estabelecida no Manual, apoiada nos novos conceitos de neurodesenvolvimento e da neurociência, ratifica a adequação dos cuidados voltados à neuroproteção como fundamentais para uma saudável vida futura. Por isso, trabalhar a qualidade da ambiência na unidade neonatal e estabelecer manuseio refinado dessas crianças tornaram-se um dos pontos altos desse novo paradigma perinatal. Atrelado a isso, a formulação de diretrizes para um suporte nutricional adequado, assim como os aspectos concernentes à manutenção da estabilidade térmica, da prevenção e do tratamento da apneia e do refluxo gastroesofágico, dos cuidados na broncodisplasia, presentes na primeira edição, retorna atualizada nesta 3ª edição.

Cuidar de quem cuida foi, desde o início, uma das particularidades desse rico material e certamente aclamado pelo pioneirismo com essa preocupação. Não há promoção da saúde sem o cuidado com a saúde dos cuidadores. Assim, discutir fatores provocadores de estresse profissional pelo contato diário com recém-nascidos em situação de risco, evitar o *burnout*, trabalhar as perdas, pensar estratégias de apoio da gestão são aspectos fundamentais para serem discutidos e dignificam a atenção com a equipe perinatal.

A acreditação

Não adiantava contar com tão importante obra se ela ficasse subutilizada. A estratégia de estabelecer cursos de capacitação para profissionais de saúde, centros de referências nos diferentes estados do País, tutores e instrutores, assim como consultores da Norma (responsáveis pela constante organização, revisão de conteúdo e de estratégias de disseminação do conhecimento), foi fundamental na consolidação da nova proposta. Trabalho árduo foi realizado com as sociedades de especialidades médicas e academias, que inicialmente se mostraram arredias e incrédulas a todo este movimento. Importante ressaltar que, aliados à postura de mudança da atenção perinatal, novos modelos educacionais, como a utilização da estratégia de Aprendizado Baseado em Problematizações (PBL – *problem based learning*) passaram a ser utilizados nos

cursos de capacitação, como metodologia de ensino e aprendizagem. No âmbito das unidades neonatais, começou-se a propagar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como forma, não só de individualização do cuidado perinatal, mas também de harmonização do olhar da equipe multiprofissional. Dentro da filosofia ora trabalhada, tem sido sugerida a mudança do termo “terapêutico” para “cuidado”, tornando-se portanto Projeto de Cuidado Singular, o que de certa forma parece mais compatível com a filosofia da abordagem proposta.

No momento, o que parecia no início ser uma proposta de sonhadores, consolidou-se, e a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru tem sido uma realidade nos modelos de assistência no Brasil e mundo afora. Vários trabalhos acadêmicos, teses de mestrado e de doutorado têm sido produzidos pelas nossas universidades. Artigos ganham espaços nas diferentes publicações indexadas no âmbito nacional e internacional. Recentemente, Conde-Agudelo e Díaz-Rosselo (2014), em revisão sistemática da Cochrane Library, mostraram que a utilização do Método Canguru é estratégia que impacta positivamente na redução da morbimortalidade dos recém-nascidos de baixo peso.

Olhando para o futuro

Como a vida é dinâmica, consolidar o conhecimento é fundamental. Mas desbravar e construir novos caminhos percorrem sempre a cabeça dos inquietos, dos perfeccionistas e dos sonhadores. Por isso, a Norma deve ser considerada como uma carta norteadora, livre para permitir que nos debruçemos sobre ela e procuremos traçar sempre os melhores caminhos para o nosso cuidado perinatal.

Para isso, convidamos todos leitores a que ultrapassem as propostas relativas a cuidados dirigidos apenas aos nossos pequenos recém-nascidos. O Método Canguru, em suas estratégias de atenção, ultrapassa a prematuridade ou o baixo peso ao nascimento, população esta que representa a maior parte das crianças sob nossos cuidados. Ele tece uma malha que apoia o cuidado neonatal para todas aquelas crianças que, ao nascer, necessitam de intervenções próprias de uma internação hospitalar.

Que neste Manual isto se transforme em palavras, conceitos e estratégias, apoiando as equipes e cada profissional nos desafios de cada dia oferecidos pelas diferentes crianças, suas famílias e suas redes de apoio em nossas unidades neonatais.

Referências

CONDE-AGUDELO, A.; DÍAZ-ROSSELLO, J. L. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], n. 4, p. CD002772, 2014.

WENDLAND, J. Prevenção, intervenções e cuidados integrais na gravidez e no pós-parto. In: _____. (Org.). **Primeira infância: ideias e intervenções oportunas**. Brasília: Senado Federal, 2012. p. 23-58.



O Método Canguru no Brasil

Módulo 1



1 O Método Canguru no contexto das políticas de saúde

Desde 1999, as estratégias que contribuíram para a implantação e a consolidação da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (AHRNBP – MC), como a reconhecemos hoje no Brasil, foram coordenadas pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM), posteriormente renomeada como Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM).

O resultado desse trabalho, identificado como a experiência brasileira na concepção, na implantação e na disseminação do Método Canguru, alcançou, ao final de seus primeiros 15 anos, abrangência nacional e reconhecimento internacional. O caráter de política pública, o compromisso com as melhores práticas clínicas e as evidências científicas e a integralidade na abordagem do recém-nascido e sua família foram fatores centrais nesse processo.

No contexto mais geral, a implantação e o fortalecimento da AHRNBP – MC estiveram inseridos no conjunto de iniciativas e ações voltadas para a qualificação da atenção perinatal na agenda de prioridades da política de saúde no Brasil. A implementação das diferentes ações nesse mesmo período foi acompanhada nos anos seguintes pela Política Nacional de Humanização, que potencializou as premissas e as propostas inovadoras apresentadas pelo Método Canguru no sentido da qualificação da assistência, do acolhimento ao recém-nascido e sua família, da clínica ampliada e do cuidado com a ambiência.

Ainda em relação a esse processo, também é importante registrar o estabelecimento, o fortalecimento e a ampliação do escopo das parcerias do Ministério da Saúde com os Centros Nacionais de Referência para o Método Canguru e com instituições acadêmicas ou voltadas para o aprimoramento de práticas clínicas neonatais, como serviços universitários e o Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Esse movimento reforçou a perspectiva e o compromisso inicial do Método Canguru no Brasil: a garantia da humanização do cuidado neonatal, compreendida como respeito à integralidade e à singularidade de cada recém-nascido, não dissociada da qualidade técnico-científica e das boas práticas do campo da terapia intensiva neonatal.

1.1 O final da década de 1990

Esse é um período marcado pelo reconhecimento de pesquisadores, técnicos do Ministério da Saúde (MS), particularmente na Saúde da Mulher, e de movimentos sociais em relação à necessidade de mudanças nos modelos de atenção ao parto e nascimento no Brasil. Esse processo, iniciado na década anterior, consolidou-se ao longo dos anos 90. A partir do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) e de eventos marcantes, como o encontro promovido, em 1985, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Fortaleza, encontramos um movimento

permanente e contínuo de alertas e estratégias visando à revisão dos processos envolvidos na atenção à gestação e ao parto. Ao consenso técnico e acadêmico de que a assistência obstétrica precisava melhorar em vários de seus aspectos lógicos e organizacionais (acesso, acolhimento, qualidade, resolutividade), associava-se uma questão central de mudança de uma atenção baseada em princípios tecnocráticos.

A publicação em 1996, pela OMS, de diretrizes clínicas baseadas em evidências para a atenção ao parto normal, com recomendações que valorizavam práticas benéficas e indicavam a redução de intervenções desnecessárias, representaram importante fator para a consolidação desse movimento.

Questionamentos e inquietações com rotinas tecnicistas repetidas de forma automática, sem evidências em relação ao seu benefício e sem a valorização da singularidade na abordagem clínica ganharam força nos diferentes cenários envolvidos na produção do cuidado ao parto e ao nascimento. Embora voltados mais especificamente para o processo de cuidado no parto de risco habitual, esse debate e as estratégias de revisão de práticas aconteceram no contexto perinatal mais amplo. Como sinalizadores desse momento, podemos citar um conjunto de portarias, elaboradas e editadas pelo MS ao longo de 1998 e 1999, visando ao incentivo ao parto normal, inclusão do parto normal sem distócia realizado por enfermeiro na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS e readequação física e tecnológica das unidades neonatais, incluindo portarias com critérios de classificação entre unidades de terapia intensiva.

É importante registrar que, até este momento, a atuação hospitalar de gestores e técnicos que atuavam na Saúde da Criança no âmbito federal ou de estados e municípios era voltada, quase que exclusivamente, para as ações envolvidas na implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Alguns fatores foram determinantes para a ampliação do escopo das ações programáticas do MS, anteriormente mais concentrado nas questões de risco nutricional e nas doenças infecciosas.

Contribuíram para esse processo a mudança no perfil da mortalidade infantil, com redução do componente pós-neonatal, resultado de mudanças sociais e de um conjunto de ações de saúde priorizadas nas décadas anteriores, assim como a maior disponibilidade e qualidade das informações epidemiológicas sobre nascimento e óbitos, a partir do aprimoramento do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e da implantação e expansão do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Encontramos ainda, nesse período, a crescente disponibilidade ou, pelo menos, a disseminação do conhecimento sobre a disponibilidade de tecnologias e práticas de terapia intensiva neonatal com capacidade de garantir a sobrevivência de recém-nascidos pré-termo ou gravemente enfermos. Esse conhecimento alterou a expectativa, socialmente aceita até então, de inevitabilidade em relação ao óbito neonatal.

A maior visibilidade da mortalidade entre recém-nascidos e a incorporação do cuidado neonatal na agenda da política de saúde passam a ocorrer em diferentes regionais no que se refere à gestão e à organização da rede assistencial. Entretanto, quanto à disponibilidade de serviços neonatais, o cenário mais comum era o de oferta insuficiente de leitos em termos populacionais e, em geral, concentrados em hospitais universitários ou de ensino e pesquisa. A partir desse período (final da década de 90),

registra-se uma significativa ampliação de leitos neonatais intermediários e intensivos no setor público, principalmente nas regiões metropolitanas do Sul e Sudeste.

A inclusão do cuidado neonatal na agenda das políticas públicas para a infância contribuiu para a reconfiguração da atuação política e técnica da Saúde da Criança no País, incluindo maior interação da área técnica com outras áreas do Ministério, especialmente com aquelas voltadas para o planejamento e a gestão hospitalar. Nesse contexto, a presença, na área, de neonatologistas com atuação acadêmica e significativo reconhecimento nacional é um dos elementos que caracteriza e, ao mesmo tempo, fortalece a incorporação do cuidado neonatal como eixo prioritário da política pública federal.

Esse processo influenciou, na década seguinte, a composição técnica das equipes de Saúde da Criança nos estados e nos municípios brasileiros, até então compostas predominantemente por quadros com formação, experiência e atuação em ações programáticas planejadas e desenvolvidas na Atenção Básica (Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, Promoção do Aleitamento Materno, Imunização, Prevenção e Controle das Doenças Diarreicas e Controle das Infecções Respiratórias Agudas).

Ainda em relação a esse período, é importante registrar o estabelecimento, o fortalecimento e a ampliação do escopo das parcerias com instituições acadêmicas ou voltadas para o aprimoramento de práticas clínicas neonatais, como serviços universitários e o Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Esse movimento foi absolutamente necessário, uma vez que a garantia da humanização do cuidado neonatal, numa perspectiva de respeito à integralidade e à singularidade, não estava dissociada da qualidade técnico-científica e das boas práticas do campo da terapia intensiva neonatal. Para além das ações de políticas públicas brasileiras, é importante também mencionar que encontramos, na década de 90, um expressivo movimento internacional de revisão e readequação de práticas hospitalares no âmbito da terapia intensiva pediátrica e de adultos. De aspectos da ambiência até as normas em relação aos acompanhantes e às visitas, passando pelas rotinas assistenciais, há um amplo debate internacional que compõe o que se denomina humanização em terapia intensiva.

1.2 2000-2010 – Consolidação da Atenção Obstétrica e Neonatal na agenda de prioridades e da humanização como referência conceitual nas políticas de saúde

A mortalidade materna em patamares significativamente elevados, a estagnação da mortalidade neonatal, com as afecções perinatais sendo a principal causa dos óbitos no 1º ano de vida, e os inúmeros registros relativos à inadequação do modelo de atenção pré-natal ao parto e ao nascimento mantiveram a organização e a qualificação do cuidado obstétrico e neonatal como desafios permanentes nessa década.

Duas perspectivas são relevantes no período 2000-2010. A primeira delas é a identificação de um conjunto de iniciativas que confirma a Atenção Obstétrica e Neonatal na agenda das políticas de saúde no Brasil. A segunda delas é que, ao longo desse

período, ocorrem também a inserção e a consolidação da humanização como uma política do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas duas perspectivas convergiram para o propósito (atenção humanizada) e para os sujeitos, recém-nascido e sua família, o Método Canguru. Ao longo dessa década, esse é o contexto no qual ocorre o processo de expansão e fortalecimento do Método Canguru no Brasil.

No campo da humanização, ocorre, em 2001, o lançamento do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH). O programa apontava para a necessidade de requalificação dos hospitais públicos e apresentava como objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais de saúde entre si e do hospital com a comunidade. De forma significativamente mais ampla e potente, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde como política pública construída para enfrentar e superar os desafios quanto à qualidade e à dignidade no cuidado à saúde; redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS; e enfrentar problemas no campo da organização e gestão do trabalho. Suas marcas centrais (acolhimento, revisão de fluxos e rotinas hospitalares, visita ampliada, reformulação da ambiência, gestão colegiada, clínica ampliada, entre outras) influenciaram os debates e os movimentos operacionais na rede de atenção em âmbito nacional.

Entre as iniciativas federais no campo perinatal, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (2000) caracterizou-se por sua abrangência e seus objetivos de melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e ao recém-nascido, incluindo de forma explícita a necessidade de vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto. Ao assumir, desde sua denominação, o compromisso com a humanização, o PHPN enfatizou, em seus marcos conceituais, a necessidade de buscar, a partir de um olhar de gênero, as questões de humanização e as chamadas “técnicas”, trazendo a humanização como princípio da qualidade de atenção.

Posteriormente, em 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal reafirmou e ampliou o conjunto de ações estratégicas visando à melhoria do cuidado perinatal. Esse conjunto incluiu a ênfase em parcerias e corresponsabilidades de diferentes instituições e atores sociais (sociedades científicas, conselhos profissionais, movimentos sociais, organizações governamentais e não governamentais), na construção de pactos estaduais e municipais e no controle social. Nesse mesmo conjunto, estavam também definidas ações que buscavam a regionalização da assistência ao parto de forma hierarquizada, a adequação da oferta de serviços (ampliação do cadastro e implantação de leitos neonatais), a expansão da Rede de Bancos de Leite Humano e a implantação da Vigilância Nacional do Óbito Infantil e Fetal. A garantia do direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato, assim como a garantia de acolhimento nos serviços, foi objetivo muito enfatizado nesse período. Partindo da premissa “parto é urgência prevista”, os documentos do MS, a partir deste momento, intensificam a orientação de que mulheres e recém-nascidos não podem ser recusados nos serviços e peregrinar em busca da assistência.

Nesse mesmo período, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança, lançada pela ATSCAM/MS, em 2004, como documento com a síntese das principais

diretrizes nacionais no desenvolvimento de políticas de atenção à criança, incluía o cuidado integral na saúde reprodutiva e perinatal como uma das prioridades na organização dos serviços de saúde e da Rede de Atenção à Criança.

Em 2008, o Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal (PQM), em estreita articulação conceitual e operacional com a PNH, é implementado com o objetivo de apoiar o processo de qualificação da assistência obstétrica e neonatal nas principais maternidades nesses estados e a formação de redes perinatais regionalizadas. Temos, desde esse momento, a consolidação da perspectiva de “rede”, que será reafirmada e fortalecida a partir de 2011 com a definição de cinco redes de atenção prioritárias para a política de saúde federal. Além dessa perspectiva, o PQM apresentava como elementos centrais: vinculação da gestante com a maternidade de referência, implantação do acolhimento e classificação de risco, o direito ao acompanhante e a implantação da cogestão em maternidades.

Nos marcos conceituais presentes nessas iniciativas para a Atenção Obstétrica e Neonatal entre 2000-2010 (Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN, Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Programa de Qualificação de Maternidades – PQM), verifica-se, como ponto comum, a ênfase na revisão de práticas assistenciais e de rotinas institucionais. Todo esse movimento pautado na perspectiva de direitos e de cidadania e da humanização da atenção, princípios encontrados desde os primeiros debates e documentos da AHRNBP – MC. Nesse sentido, compreende-se que foram iniciativas que se potencializaram na busca de uma atenção obstétrica e neonatal mais próxima das boas práticas. Não se pode desconsiderar, entretanto, a variação nesse processo de acordo com os cenários e os territórios das diferentes regiões e de acordo com maior ou menor grau de articulação desse conjunto de iniciativas.

1.3 2011-2015 – Rede Cegonha – RC



A Rede Cegonha (RC) – lançada em 2011 como uma das cinco redes prioritárias nas políticas de saúde para o País – reafirmou o compromisso do Ministério da Saúde com a busca de boas práticas na gestão e na Atenção Obstétrica e Neonatal e enfatizou a urgência na revisão dos processos de cuidado em maternidades brasileiras.

Apesar do período já decorrido desde as primeiras ações do MS para a qualificação e a humanização da atenção ao parto e ao nascimento, a análise de indicadores perinatais e neonatais, assim como de publicações sobre as experiências vividas por mulheres e famílias brasileiras, ainda identificava a manutenção de um cenário desafiador. Esse cenário, caracterizado por padrão assistencial de intervenções excessivas e nem sempre baseado em evidências científicas, apresentava-se como predominante num amplo espectro do cuidado perinatal. Assim sendo, além da expectativa de valorização das boas práticas clínicas nos processos fisiológicos do parto e nascimento, os esforços para a garantia de práticas adequadas, qualificadas e humanizadas no cuidado intensivo neonatal, foco específico da AHRNBP – MC, também foram potencializados nesse momento de intensificação de uma política pública voltada para a qualificação e a humanização do cuidado perinatal.

Embora os avanços, já documentados em publicações científicas e relatórios técnicos e de gestão dos projetos de fortalecimento do Método Canguru, fossem evidentes, a efetiva garantia de que cada recém-nascido pré-termo, proveniente de maternidade brasileiras, tivesse acesso ao preconizado nas três etapas do MC ainda permanecia como um objetivo a ser alcançado em nosso país.

As bases conceituais, as portarias e as diretrizes operacionais da RC, além de potencializarem a possibilidade de revisão de conceitos e valores na forma de cuidar, trouxeram novas perspectivas para o planejamento e a programação nos diferentes recortes de territórios, conseqüentemente um período fértil para a ampliação da oferta do cuidado neonatal acompanhada da necessária readequação dos modelos de atenção e reversão de práticas assistenciais que destoam das diretrizes da AHRNBP – MC.

Um conjunto de situações e fatores com potencial de agir sinergicamente para a expansão e o fortalecimento do MC em todo o país pode ser identificado na análise dos últimos cinco anos. Entre eles, podem ser destacados: (1) o processo de implantação da Rede Cegonha (cuidado com “o modo de fazer” e oferta de apoio institucional nos territórios) demonstra que seu objetivo não se limitou à expansão da capacidade instalada que, inevitavelmente, contribuiria para “mais do mesmo”; (2) consolidação da Política Nacional de Humanização como eixo condutor nas redes de atenção garantindo o apoio institucional para a implementação das boas práticas; (3) um novo ciclo de fortalecimento técnico da CGSCAM que, mais uma vez, reforça seus quadros com neonatologistas nacionalmente reconhecidos e com ampla capacidade de mobilização de seus pares e da comunidade científica no campo neonatal; (4) trabalho sistemático da CGSCAM visando à maior articulação com os hospitais universitários e com a Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (RBPN) para ações conjuntas na qualificação e na humanização do cuidado neonatal, incluindo a valorização desses espaços na disseminação do Método.

Nos últimos anos, a consolidação da “neonatologia baseada em evidências”, mundialmente reconhecida e legitimada, vem marcando a formação de novas gerações de profissionais que atuam na atenção ao recém-nascido. Aspectos valorizados pelo

MC desde sua formulação e implantação no Brasil, pelo seu impacto nos resultados neonatais imediatos e de médio prazo (desenvolvimento psicoafetivo, cognitivo e neuromotor), foram reafirmados de forma sistemática e crescente por pesquisadores de diferentes subáreas do campo neonatal.

Assim sendo, os serviços de neonatologia comprometidos com as boas práticas e com excelência clínica passaram a incorporar mudanças físicas e em seus processos, todas compatíveis com a melhor técnica de cuidado, incorporando-se ao movimento iniciado em anos anteriores pelos Centros de Referência Nacional e, posteriormente, pelos Centros Estaduais. Isso faz com que boa parte dos novos profissionais para o cuidado neonatal já estejam experimentando, desde a sua formação, maternidades que, da estrutura física às rotinas institucionais, buscam o cuidado humanizado ao recém-nascido e à sua família, conforme preconizado em normas técnicas, manuais e portarias do MS desde o final da década de 90.

No contexto organizacional, um elemento estratégico foi a elaboração e a publicação da Portaria GM/MS nº 930, de 10 de maio de 2012, que definiu as diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidade neonatal no âmbito do SUS. O processo de discussão e elaboração da Portaria nº 930 foi integrado e partilhado por consultores da CGSCAM, especialistas e técnicos de diferentes serviços de ensino e pesquisa do País.

A Portaria nº 930, portanto, registra claramente a perspectiva da integralidade e da humanização no cuidado neonatal e detalha como diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave: o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos; a promoção da equidade; a integralidade da assistência; o cuidado multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário; a atenção humanizada e o estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido. Tais diretrizes estão claramente comprometidas com os pilares da proposta da AHRBP – MC, expressos desde sua origem.

De forma coerente e também como resultado do amadurecimento a partir do monitoramento de experiências em diferentes regiões brasileiras e da análise de estudos nacionais e internacionais, a Portaria nº 930 aponta para um redirecionamento na organização dos serviços e dos leitos neonatais. O conceito de unidade neonatal é fortalecido e há a indicação de que seus componentes devem articular uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido.

A partir da Portaria nº 930, as unidades neonatais no âmbito do SUS passam a ser divididas de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos:

- I – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI neonatal).
- II – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (Ucin), com duas tipologias:
 - a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo).
 - b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).¹

¹ É importante lembrar de que, se nesta portaria a conhecida segunda etapa do MC recebe em sua denominação a palavra canguru, não significa dizer que apenas aqui se incorporam tais cuidados. Estes já vêm se dando a partir do pré-natal e perpassam toda a internação.

Assim sendo, temos, a partir de 2012, uma regulamentação que legitima a 2ª etapa da AHRNBP – MC no cenário do Cuidado Intermediário Neonatal. Embora portarias e diretrizes anteriores já tivessem normatizado a concepção da Unidade Canguru para esse momento do cuidado para recém-nascidos elegíveis, é inegável que a Portaria nº 930 representou um marco significativo, tanto no campo conceitual quanto no campo operacional da atenção ao recém-nascido pré-termo.

Outro elemento importante da valorização, pelo MS, das Redes de Atenção com influência direta nas ações preconizadas pela AHRNBP diz respeito à possibilidade de planejamento e visão do todo na linha de cuidado perinatal, desde o início da gestação. Aspectos valorizados como marcas centrais da RC, tais como vinculação pré-natal – maternidade, acolhimento e classificação de risco nas portas de entrada das maternidades –, assim como o direito ao acompanhante da escolha da mulher, encontram estreita consonância com aspectos muitos preciosos para o MC, como: cuidado com as especificidades da gestação de risco diante da maior probabilidade de nascimentos prematuros, acolhimento do recém-nascido e de sua família e estabelecimento de redes sociais de apoio.

1.4 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – Pnaisc

Em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc) foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Fruto de um extenso trabalho de acúmulo, reflexão, discussão e articulação da CGSCAM com inúmeros e diversos parceiros, a Pnaisc tem como objetivos centrais promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e os cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento

A identificação dos princípios orientadores da Pnaisc (direito à vida e à saúde; prioridade absoluta da criança; acesso universal à saúde; integralidade do cuidado; equidade em saúde; ambiente facilitador à vida; humanização da atenção e gestão participativa e controle social) nos permite, de imediato, compreender sua proximidade em relação aos pilares do MC no Brasil.

Essa proximidade é traduzida na apresentação da *Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido* como o primeiro dos sete eixos de ação da Pnaisc. As ações inseridas nesse eixo incluem a melhoria do acesso, da cobertura, da qualidade e da humanização da Atenção Obstétrica e Neonatal, integrando as ações do pré-natal e o acompanhamento da criança na Atenção Básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção.

1.5 Algumas considerações finais

Partindo da análise do caminho já trilhado e das reflexões apresentadas neste capítulo, reiteramos nossa confiança na consolidação de um modelo de atenção neonatal integral e humanizado, conforme programado desde a implantação do Método Canguru no Brasil.

Na perspectiva da conquista e dos compromissos elencados nos eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, destacamos, entre as inúmeras e complexas questões que exigirão muita dedicação nos próximos anos, duas como centrais:

(1) Integração efetiva, desde seu planejamento até sua operacionalização, das diferentes iniciativas das políticas públicas no campo neonatal e dessas com as políticas públicas responsáveis pela atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento. Esse leque de iniciativas tem cenários diferentes (atenção básica, centro obstétrico ou centro de parto normal, alojamento conjunto, unidade neonatal, apenas para citar alguns exemplos) e diferentes dinâmicas operacionais na perspectiva das equipes e do processo do cuidado. Tais características tornam essa integração particularmente desafiadora, se consideramos as dimensões e as especificidades regionais em nosso país. Entretanto, ela é central para a consolidação de um modelo de atenção neonatal integral e de estreito respeito à qualidade do cuidado. Nesse sentido, o conjunto de protocolos, por exemplo, para reanimação do prematuro não deve ser apresentado, compreendido ou implementado sem a premissa de continuidade do cuidado, o que inclui, necessariamente, questões como o acolhimento do recém-nascido e sua família e a formação de vínculo nas primeiras horas e dias após o nascimento.

O alcance efetivo dessa integração exigirá muita disciplina no conjunto de iniciativas no âmbito da gestão e no âmbito clínico. Com frequência, pressões e mecanismos operacionais do cotidiano induzem a apresentação para estados, municípios, maternidades e até mesmo para os quadros técnicos e profissionais, de ações de qualificação do cuidado neonatal que, se desarticuladas, correm o risco de ter menor compreensão e impacto positivo. O esforço de articulação e integração das iniciativas que têm como foco o cuidado neonatal fortalece uma marca conceitual presente desde o início do MC no Brasil: indissociabilidade entre os diferentes aspectos que compõem o cuidado clínico do recém-nascido, desde seu nascimento e ao longo de toda sua internação, sem a dicotomia entre ações “clínicas” ou “técnicas” e ações de “humanização”. A articulação de conhecimentos e estratégias de qualificação do cuidado clínico em sua integralidade (e na perspectiva de planos terapêuticos singulares para cada recém-nascido e família) exige a integração de todos os componentes do primeiro eixo da Pnaisc.

(2) Definição de diretrizes nacionais e efetiva implementação de modelo de atenção integral e adequado para o seguimento dos recém-nascidos egressos de unidades neonatais. O momento do cuidado compartilhado com a Atenção Básica, na 3ª Etapa do MC, é suficiente para o período imediatamente após a alta, mas não para o seguimento nos primeiros anos de vida. Considerando o perfil desses recém-nascidos, a probabilidade de necessidade de cuidado especializado não é pequena. Assim, a

definição de parâmetros, o planejamento e a implantação dos pontos de atenção interdisciplinar para os egressos do cuidado intensivo neonatal são aspectos urgentes para a agenda de prioridades na Saúde da Criança e deve ocorrer de forma articulada com os outros eixos da Política. O compromisso com a atenção humanizada e qualificada ao recém-nascido de risco, explicitado na Pnaisc, não pode ser rompido após sua alta da 3ª Etapa do Método Canguru.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC**. Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 9 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 9 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e Amazônia Legal**. Brasília, 2008.

CARVALHO, M. de; GOMES, M. A. S. M. A mortalidade do prematuro em nosso meio: realidade e desafios. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, s111-s118, 2005. Suplemento.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, 2013.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, [S.l.], v. 48, p. S33-S52, 2001.

GOMES, M. A. S. M. As políticas públicas na área da saúde da criança. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 12, n. 5, p. 329-330, 2005.

HENNIG, M. de A. e S.; GOMES, M. A. de S. M.; MORSCH, D. S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 835-852, 2010.

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

MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. de A.; CARVALHO, M. de. (Org.). **O recém-nascido de alto risco**: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

PASCHE, D. F. et al. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, 2004.

2 Norteadores da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru

A proposta de construir norteadores para os cuidados perinatais, no Brasil, que surgiu da inquietação de diferentes profissionais e do próprio Ministério da Saúde, deu origem à Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, publicada pelo Diário Oficial como Portaria GM nº 693, em 5 de julho de 2000, posteriormente revisada como Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Nesta, encontram-se os principais paradigmas deste modelo de cuidados a serem oferecidos aos recém-nascidos que necessitam de hospitalização logo após o nascimento. Neste capítulo, iremos sinalizar alguns destes norteadores que estruturam a prática de cuidados neonatais preconizados pelo Método Canguru. Nas páginas que se seguem deste *Manual da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru*, 3ª edição, o leitor irá encontrar a sustentação teórica e sugestões de estratégias para sua execução.

2.1 Paradigmas do cuidado no Método Canguru

Os avanços tecnológicos para o diagnóstico e a abordagem de recém-nascidos, notadamente os que necessitam internação neonatal, aumentaram as chances de vida desse grupo etário. Sabe-se, ainda, que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares; portanto, cumpre estabelecer uma contínua adequação tanto da abordagem assistencial quanto das posturas que impliquem mudanças ambientais e comportamentais com vistas à maior humanização e qualificação do atendimento.

A adoção dessa estratégia contribui para a promoção de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde, centrada em evidências científicas que garantam qualidade, humanização e o princípio de cidadania da família.

Entende-se que as recomendações aqui contidas deverão ser consideradas para a tomada de decisões que visem a um atendimento adequado ao recém-nascido, com procedimentos humanizados, objetivando a construção do apego seguro, incentivo ao aleitamento materno, fortalecimento dos vínculos familiares e o crescimento e o desenvolvimento integral desta criança.

2.2 Definição

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.

A posição canguru consiste em manter o RN, em contato pele a pele, somente de fraldas, na posição vertical junto ao peito dos pais guardando o tempo mínimo necessário para respeitar a estabilização do RN e pelo tempo máximo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de Saúde adequadamente capacitada.

Vantagens:

- ▶ Reduz o tempo de separação mãe/pai-filho.
- ▶ Facilita o vínculo afetivo mãe/pai-filho.
- ▶ Possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho, inclusive após a alta hospitalar.
- ▶ Estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração.
- ▶ Possibilita ao recém-nascido adequado controle térmico.
- ▶ Contribui para a redução do risco de infecção hospitalar.
- ▶ Reduz o estresse e a dor.
- ▶ Propicia melhor relacionamento da família com a equipe de Saúde.
- ▶ Favorece ao recém-nascido uma estimulação sensorial protetora em relação ao seu desenvolvimento integral.
- ▶ Melhora a qualidade do desenvolvimento neuropsicomotor.

População a ser atendida:

- ▶ Mulheres com gestação que necessita cuidados especializados.
- ▶ Recém-nascidos que necessitem de internação em unidade neonatal tais como os RNPT e/ou de baixo peso.
- ▶ Mãe, pai e família do recém-nascido internado em unidade neonatal.

São atribuições da equipe de Saúde:

- ▶ Construir um plano de Cuidado Terapêutico Singular para cada recém-nascido e sua família.
- ▶ Acolher e orientar a mãe, o pai e a família durante toda a internação.
- ▶ Oferecer suporte e apoio aos pais nos diferentes momentos e espaços da unidade neonatal.
- ▶ Promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.
- ▶ Desenvolver ações educativas em saúde junto à família.
- ▶ Oferecer atividades ocupacionais para as mães durante o período de permanência hospitalar junto ao filho internado.
- ▶ Orientar a família na alta hospitalar, reforçando a comunicação com a equipe hospitalar e da atenção básica.
- ▶ Garantir possibilidades de atendimento continuado nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.
- ▶ Participar de capacitação em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção estabelecida pelo Método Canguru.

Aplicação do método

O método será desenvolvido em três etapas:

Primeira etapa:

Tem início no pré-natal da gestação que necessita cuidados especializados, durante o parto/nascimento, seguido da internação do recém-nascido na UTI neonatal e/ou na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo).

Nesta etapa, os procedimentos deverão seguir os seguintes cuidados especiais:

- ▶ Acolher os pais e a família ampliada nos cuidados especializados e posteriormente na unidade neonatal.
- ▶ Estimular o livre acesso ao companheiro ou acompanhante materno nos cuidados gestacionais necessários.
- ▶ Apoiar o acompanhante da mulher durante o parto-nascimento principalmente por seu companheiro ou alguém de sua escolha.
- ▶ Promover o livre e precoce acesso, bem como a permanência dos pais na unidade neonatal, sem restrições de horário.
- ▶ Garantir que primeiro encontro dos pais seja acompanhado por um profissional da equipe de cuidados, favorecendo os primeiros contatos família/recém-nascido.
- ▶ Informar os pais sobre a importância da visita dos avós e dos irmãos.
- ▶ Propiciar o contato pele a pele precoce respeitando as condições clínicas do recém-nascido e a disponibilidade de aproximação e interação dos pais com o recém-nascido.
- ▶ Oferecer suporte e apoio para a amamentação.
- ▶ Garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar, oferecendo o suporte assistencial necessário.
- ▶ Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos.
- ▶ Garantir cadeira adequada para a permanência da mãe/pai na unidade neonatal e para realização da posição canguru.

Segunda etapa:

A segunda etapa é realizada na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), garantindo todos os processos de cuidado já iniciados na primeira etapa com especial atenção ao aleitamento materno.

O recém-nascido permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. A presença e a participação do pai nos cuidados devem ser estimuladas.

São critérios de elegibilidade para esta etapa:

Do recém-nascido:

- ▶ Estabilidade clínica.
- ▶ Nutrição enteral plena.
- ▶ Peso mínimo de 1.250 g.

Da mãe:

- ▶ Desejo e disponibilidade.
- ▶ Apoio familiar para sua permanência no hospital em período integral.
- ▶ Consenso entre mãe, familiares e profissionais de saúde.
- ▶ Reconhecimento materno dos sinais de comunicação do filho relativos a conforto, estresse, respiração etc.
- ▶ Conhecimento e habilidade para manejar o recém-nascido em posição canguru.

Obs.: A utilização de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes, fototerapia e cateter de oxigênio não contraindicam o encaminhamento do recém-nascido para a segunda etapa.

Terceira etapa:

Os RNs pré-termo e/ou de baixo peso (RNBP) na terceira etapa receberão alta hospitalar e serão acompanhados de forma compartilhada pela equipe do hospital e da atenção básica do método canguru.

São critérios para iniciar a terceira etapa:

Da mãe:

- ▶ Mãe segura, motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do recém-nascido.
- ▶ Compromisso materno e familiar para a realização da posição canguru pelo maior tempo possível.

Do recém-nascido:

- ▶ Peso mínimo de 1.600 g.
- ▶ Ganho de peso nos três dias que antecederem a alta hospitalar.
- ▶ Sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitados a realizar a complementação.

Das equipes:

- ▶ A primeira consulta pela equipe hospitalar, no hospital ou domicílio, deverá ser realizada até 48 horas após a alta e as demais no mínimo uma vez por semana.
- ▶ Assegurar acompanhamento ambulatorial do recém-nascido até o peso de 2.500 g compartilhado com a Atenção Básica de acordo com a agenda proposta pelo Método Canguru.
- ▶ Garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa.

São atribuições da equipe:

- ▶ Avaliar características clínicas gerais como atividade, cor da pele, ganho de peso etc.
- ▶ Avaliar, promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

- ▶ Corrigir ou solicitar a correção das situações de risco, como ganho de peso inadequado, sinais de doença do refluxo, infecção e apneia, entre outras.
- ▶ Orientar e acompanhar tratamentos especializados.
- ▶ Orientar esquema de imunizações.
- ▶ Ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado, caso o recém-nascido necessite.
- ▶ Observar a dinâmica psicoafetiva entre o recém-nascido e a família, valorizando boas condutas e oferecendo suporte quando necessário.
- ▶ Estimular a realização do contato pele a pele entre o recém-nascido e seus pais.
- ▶ Estimular a busca ou a manutenção de uma rede social de apoio.
- ▶ O tempo de permanência em posição canguru será determinado pelos pais e pelo recém-nascido.

Ao atingirem o peso de 2.500 g, os RNs serão avaliados e, de acordo com a mesma, respeitando os critérios de elegibilidade para acompanhamento especializado, serão encaminhados para ambulatórios de seguimento ou de reabilitação, havendo sempre a garantia de todos os cuidados propostos pela Atenção Básica.



Aspectos psicoafetivos do recém-nascido, seus pais e sua família

Módulo 2



1 Conjugalidade, casal grávido, transmissão psíquica e a construção da parentalidade

Objetivos:

- ▶ Discutir a conjugalidade e a transmissão psíquica como formadores da parentalidade.
- ▶ Discutir o funcionamento psíquico da mulher e do homem durante a gestação, o parto e o período pós-parto no processo de formação da parentalidade.
- ▶ Apresentar e discutir a dinâmica afetiva relacionada ao parto e ao nascimento do recém-nascido.
- ▶ Apresentar e discutir a gestação de risco e suas representações para a mulher, para o homem e a família.
- ▶ Discutir o parto prematuro e suas repercussões no casal e na família.
- ▶ Apresentar a ida do recém-nascido para a unidade neonatal e as implicações para ele e seus pais.

Conceitos Básicos:

Conjugalidade: relação ou vínculo conjugal presente nas uniões estáveis, hétero ou homoafetivas. Implica o entrelaçamento de dois “eus”, duas subjetividades, para a constituição de uma identidade compartilhada. Constituída a partir dos modelos parentais, destina-se ao desdobramento na parentalidade, dando continuidade à transmissão geracional. Conjugalidade e parentalidade estão, assim, imbricadas na origem e no destino (MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2009)

Casal grávido: entende-se como o casal que está gerando um filho.

Parentalidade: para Didier Houzel (1997), é o processo pelo qual alguém se torna pai ou mãe do ponto de vista psíquico. Sinônimo de parentificação, envolve um olhar jurídico, a subjetividade do homem e da mulher e a prática que corresponde à ação da pessoa no cuidado do recém-nascido/filho. Permanece durante toda a vida e as mudanças vitais, com novas aquisições e novos desempenhos que envolvem a relação pais e filhos, a *ressignificam* e a *reestruturam*.

Lembramos que a parentalidade ocorre na situação de adoção, na dependência de como esta história foi vivida pelo grupo familiar, especialmente os novos pais, apesar da ausência de uma história biológica de gravidez.

Bebê fantasmático: sua representação encontra-se no desejo inconsciente da maternidade e da paternidade. Acompanha os pais, em seu mundo psíquico interno, desde sua mais tenra infância e é impregnado pelas vivências dos cuidados iniciais, bem como pelos registros afetivos que se sucedem durante o seu processo de desenvolvimento.

Bebê imaginário: representado e criado no mundo psíquico dos pais próximo à gestação ou durante ela. É a criança das fantasias maternas e paternas.

Bebê imaginado: surge durante a gestação, a partir da imagem do ultrassom e de seu comportamento ainda no ventre materno. Mais presente a partir do final do quarto mês gestacional até cerca do sétimo mês, é colorido pelas fantasias parentais sobre o filho que desejam e que acreditam que vai nascer.

Bebê real: é o que nasce e que recebe o investimento materno, paterno e familiar em seu cuidado e desenvolvimento. Suas características e competências encontram os aspectos fantasmáticos das representações maternas e paternas, confirmando ou frustrando os desejos parentais (LEBOVICI, 1983).

Transmissão psíquica: informações indispensáveis ao desenvolvimento psíquico que uma geração oferece à outra (GRANJON, 1989):

- ▶ Intergeracional – herança positiva da filiação, relaciona-se aos aspectos psíquicos metabolizados e transmitidos à geração seguinte, que percorrem o tecido relacional intragrupal e as relações objetais, constituindo uma herança (CORREA, 2000).
- ▶ Transgeracional – transmissão de aspectos psíquicos que não apresentam possibilidades de simbolização, caracterizados pelo não revelado (CORREA, 2000) que, portanto, podemos chamar de herança negativa da filiação.

Introdução

Este módulo traz informações e conceitos para o aprimoramento das condutas teórico-práticas nos cuidados de recém-nascidos e de suas famílias, nas unidades neonatais. Propõe a compreensão de fenômenos pertencentes ao ciclo vital, como conjugalidade, transmissão psíquica e parentalidade a partir da gestação de risco, o parto prematuro e a ida do RN para a unidade neonatal.

Estas informações irão permitir que os profissionais de área perinatal conheçam os processos psíquicos que ocorrem antes da concepção, percorrem o ciclo gravídico-puerperal e instalam-se na vida familiar. É fundamental que conheçam os padrões de interação e reestruturação psíquica determinados pela chegada de um filho, entendam como as habilidades e as capacidades do recém-nascido e a história familiar determinam maneiras desta mulher e deste homem se comportarem como pais.

Após discutirmos aspectos psíquicos da gestação saudável e do parto a termo, iremos percorrer as histórias que trazem consigo um pequeno recém-nascido e um tempo de hospitalização com seus desafios e suas possibilidades.

1.1 Conjugalidade

O encontro entre duas pessoas que desejam compartilhar uma história de vida dá início ao que Magalhães e Féres-Carneiro (2009) falam sobre arranjos realizados por duas individualidades para descobrirem uma conjugalidade. Pontuada por trocas, mudanças e adaptação de projetos e desejos, marca o ciclo vital pelo amadurecimento psíquico dos indivíduos e dispõe espaço para as memórias arcaicas das

relações conjugais de outras gerações, apoiando o surgimento da parentalidade. As conjugalidades podem ser múltiplas, como observamos nas diferentes configurações familiares, tema que iremos discutir posteriormente, e não existe no caso da mulher que se encontra sozinha para cuidar de um filho, o que tem sido frequente em nossas unidades neonatais.

Em sua transição para a parentalidade, a qualidade da relação conjugal é permeada por diferentes acontecimentos familiares e sociais (perdas, aquisições, mudanças, idade dos cônjuges, condições socioeconômicas), entrelaçada com a história individual dos pais, com sua rede social e pode favorecer ou dificultar as funções que serão solicitadas pela chegada de um filho. Ter uma relação conjugal satisfatória antes da gestação (MENEZES; LOPES, 2007), ter percepções positivas em relação ao parceiro, ter vivenciado apego seguro com os próprios cuidadores, ter satisfação sexual no casamento, ter acesso a emprego e bens sociais e culturais (BRAZ, 2005) atuam como fatores de proteção à qualidade da relação conjugal, em especial na transição para o nascimento do primeiro filho.

Para nós, profissionais do Método Canguru, a compreensão deste processo auxilia na avaliação das condutas parentais apresentadas pelos progenitores quando da chegada do filho que virá para nossos cuidados. Isto é da maior importância, pois este é um tempo em que a dinâmica relacional familiar se encontra predisposta a mudanças e suscetível a intervenções. Ou seja, podemos intervir para facilitar mudanças e adaptações que, mesmo pequenas, podem apresentar resultados surpreendentes na comunicação e na relação intrafamiliar.

É importante lembrar que a conjugalidade continua existindo após a chegada dos filhos. É neste espaço que a mulher e o homem usufruem da privacidade e intimidade, reabastecem-se para fazerem frente às demandas próprias da responsabilidade de cuidar de uma família. Esta configuração inicial do casal deve ser cuidada e respeitada em nossas atividades por meio de orientações e mesmo provocações para que possam cuidar de sua intimidade, de sua relação afetiva, apesar da hospitalização do filho recém-nascido. Isso é importante, especialmente nas longas internações da criança.

1.2 A notícia da chegada de um recém-nascido na família

Podemos pensar que quando um casal concebe um filho, muito do que irá acontecer já é conhecido. As maneiras de cuidá-lo, amamentá-lo, levá-lo ao colo, sussurrar e embalar para a chegada do sono, tudo isso já foi vivido quando também eram crianças (transmissão psíquica familiar), observado nas condutas de maternagem e paternagem presentes nas famílias. Porém, intensas mudanças passam a acontecer em todo sistema familiar e nos subsistemas que conhecemos como o dos pais (ou conjugalidade), dos avós, dos tios e dos irmãos. Tanto na conjugalidade como nos demais subsistemas, surgem expectativas, planos e projetos que determinam reorganizações (MINUCHIN, 1982). As novas tarefas, assim como aquelas que fazem parte do ciclo vital, mantêm vínculos com a história preexistente e atual destes pais e com os paradigmas das culturas que permeiam estas famílias há muitas gerações.

A notícia de uma gestação em curso provoca um realinhamento, criando um novo mapa de referências para o espaço familiar e recoloca lugares e funções – jovens tornam-se pais, pais tornam-se avós, avós tornam-se bisavós. As rotinas, o tempo, o afeto e o próprio espaço físico da família são redimensionados. Assim, podemos ter uma história que se apresenta como positiva e o processo da vinda do recém-nascido é cercado por afeto saudável, por reorganização e reestruturação positiva.

Caso, no entanto, estivermos diante de uma relação conjugal inexistente ou frágil, ou ainda do não desejo de um filho, podem surgir conotações negativas, acarretando sentimentos adversos na mulher que se encontra grávida ou mesmo no núcleo familiar.

O não desejo desse recém-nascido possui diferentes implicações. Ele pode acompanhar a gestação, o parto e ser algo permanente na relação entre esta criança e sua mãe, ou então se modificar gradativamente. Na ocorrência da prematuridade, isso pode causar uma imensa culpa na mulher, que experimenta esse nascimento antecipado como o ônus de não estar desejando esse recém-nascido, nem lhe oferecendo condições mínimas de apoio e sustentação.

É possível observar que algumas destas mulheres modificam tais sentimentos a partir das experiências provocadas pelo feto intraútero. Os significados atribuídos a partir dos seus movimentos, suas expressões no ultrassom, além de uma forte rede de apoio sociofamiliar podem servir de sustentação para a construção de novas representações psíquicas, provocando o início da interação mãe-filho. Para outras mulheres, isso pode acontecer quando do nascimento ou mesmo quando da visão do recém-nascido na incubadora, necessitando de atenção e cuidado.

O Método Canguru estimula uma observação cautelosa dos detalhes das gestações, das nuances que fazem parte das histórias destas crianças, buscando caminhos que permitam a proximidade e a intimidade. Sempre que possível, sem nenhuma intervenção intrusiva, sinalizando para esta mulher condutas e aspectos do recém-nascido que determinem nela a formação da maternalidade. Traduzindo gestos, competências, posturas do feto intraútero, ou mesmo o RN na incubadora, pontuando semelhanças, dando voz a esta criança. O profissional funciona como um intérprete para que a comunicação circule entre os diferentes parceiros, facilitando este viés relacional.

1.3 Construindo os novos pais ou a formação da parentalidade

Para Lamour e Barraco (1998), a parentalidade pode ser definida como a reestruturação psíquica e afetiva que possibilita ao adulto assumir o lugar de pai ou de mãe e atender às necessidades de seu filho em três níveis: corporal, afetivo e psíquico. Para estas autoras, trata-se de um processo maturativo e o recém-nascido tem fundamental importância em sua formação. Ou seja, ao nascer, a criança olha para seus pais (especialmente a mãe) e, neste momento, provoca a sensação de que a reconhece. É como se ele tivesse a capacidade de nomeá-la de “mãe”. Da mesma forma, ao ouvir a voz do pai com a qual já havia se acostumado. Ou seja, coloca ambos nos lugares de “mãe e pai”, parentaliza-os.

Em termos sociais, a parentalização já estava em curso com o reconhecimento que surge por meio da observação e dos comentários sobre as mudanças corporais, as posturas do corpo da mulher grávida, de sua forma de andar, de seu ensimesmamento. São comuns os comentários de que “*ela está com cara de mãe*”, com “*jeito de mãe*”. Ou seja, ela recebe de seu entorno o *status* de “*mãe*”.



As realidades psíquicas do pai, da mãe e da criança que está por vir se entrelaçam muito antes da concepção. Um filho começa a existir para seus pais a partir do desejo que cada homem e cada mulher possuem, desde sua tenra infância, de formarem uma família. Seus primeiros registros são vistos nas brincadeiras de menina e menino que repetem atividades de maternagem e paternagem: brincam de bonecas, montam casinhas, criam situações que imitam as atividades realizadas por suas figuras parentais que, envolvem o cuidado e a atenção com o grupo familiar.

Este filho com o qual brincam e constroem uma representação é conhecido como o *bebê fantasmático*. Totalmente inconsciente, ele acompanha a vida emocional interna dos pais, recebe arranjos quando de sua aproximação com experiências e vivências atuais e reais do casal com seu filho programado ou já intraútero, passando a ser conhecido como *bebê imaginário*.

À medida que a gravidez transcorre e que o feto intraútero se desenvolve, passa a ser representado pelos significados que pai e mãe oferecem às sensações que ele provoca. Tais representações vão constituindo a imagem do filho que está por vir – temos então o *bebê imaginado*. Assim, enquanto é formado em sua estrutura biológica e corporal, também está sendo pensado quanto à sua individualidade e sua subjetividade. É importante lembrar isto para que possamos avaliar o intenso trabalho emocional da dupla parental durante a gestação.

Por outro lado, são esses bebês – das representações maternas e paternas que chamamos de fantasmático, imaginário e imaginado – que irão povoar o mundo interno do

casal e que facilitarão o aparecimento das formas de cuidado e atenção que dispensarão ao filho. Esses RN, no momento do parto, irão dar lugar ao *bebê real* – aquele que comparece ao encontro marcado no nascimento (LEBOVICI, 1983).

É importante lembrar que a observação clínica nos permite, a cada dia, o acompanhamento da formação dos laços afetivos na unidade neonatal. Sensações e experiências próprias da parentalidade surgem no cotidiano que envolve a proximidade mãe-bebê/pai-bebê. O pertencimento, o empoderamento materno e paterno que se descortinam à nossa frente, especialmente na realização da posição canguru, permitem que sejam criados momentos de intimidades provocadores do que vamos discutir – a maternalidade e a paternalidade. Isso foi comprovado por meio de um estudo de metassíntese (ANDERZÉN-CARLSSON; LAMY; ERIKSSON, 2014) que incluiu pesquisadores brasileiros em sua realização. Os resultados desta investigação nos dizem que o contato pele a pele, além de promover a inclusão da família e se tratar de uma importante intervenção nos cuidados de saúde, favorece a experiência do homem e da mulher de se tornarem pais.

1.3.1 O processo de maternalidade

Os recém-nascidos são investidos por sentimentos próprios da gestação, entre os quais, a ambivalência. Esta é detectada nas dúvidas comuns às mulheres grávidas (É o momento adequado para a vinda do bebê? Quero ou não quero este bebê? Está sendo bem formado? Prefiro um menino ou uma menina?) que a acompanham, dadas as grandes transformações que se operam em seu psiquismo nesse período. Brazelton e Cramer (1990) citam três estágios que mostram associação entre o desenvolvimento físico do feto intraútero e as mudanças no corpo e psiquismo maternos. Leff (1997) acompanha-os nesta descrição e podemos pensar que o processo da maternalidade evolui da seguinte maneira:

Aceitando a novidade

Durante a primeira fase gestacional, logo após a fertilização, ocorre rápida proliferação celular, com crescente diferenciação dos órgãos do embrião. As primeiras alterações hormonais e metabólicas causam sintomas secundários que a mulher pode sentir mesmo antes de saber que concebeu ou de lembrar que seu ciclo menstrual está atrasado. A notícia da gestação é recebida pela família dando início à tomada de consciência de que todos entraram em uma nova fase de suas vidas. A tarefa mais imediata que se impõe à mulher é a de aceitar o “corpo estranho” que nela se implantou. A mulher que recém-engravidou frequentemente se sente fisicamente ativada ou emocionalmente arrebatada, mas também pode se surpreender ao se encontrar inusitadamente fatigada e emocionalmente arrasada ao cair da noite. Em seu caminho para a maternalidade são esses sentimentos internos ou ainda as vivências que num primeiro instante parecem contraditórias que vão se transformando no combustível para o trabalho que ela deve executar durante a gestação.

Os primeiros movimentos

Em algum momento, a partir do quarto mês de gestação, a mãe sente de forma mais intensa os movimentos de seu futuro filho. Começa então a reconhecer a criança que está dentro dela. A placenta vai se acomodando melhor, a náusea e a

fadiga diminuem, surge uma sensação de bem-estar. Ao mesmo tempo, ela consegue observar que seu feto está vivo, podendo pensá-lo como um recém-nascido que está por vir. Trata-se do período gestacional mais tranquilo para a mulher, quando a diminuição dos sintomas físicos oferece a possibilidade de um investimento mais intenso no filho que está ajudando a formar. A barriga já é observável, mas ainda não está desconfortável e seu corpo ainda lhe pertence. As imagens no exame de ultrassom não se encontram muito claras, mas detalhes do feto intraútero já são reconhecidos e considerados “familiares”.

Aprendendo sobre o futuro recém-nascido

O foco muda para a criança que pode nascer. A futura mãe está consciente da significativa e irresistível mudança que está para ocorrer. O último mês é uma mistura de diminuição das exigências sociais e de aumento das atividades preparatórias para receber a criança. A ansiedade também aumenta no afã de completar todas as providências para o nascimento. Compromissos desempenhados facilmente meses atrás parecem insuperáveis, com um movimento para dentro de si mesma. A proximidade do parto e a chegada do recém-nascido fazem ressurgir temores de que a criança nasça com algum problema. Para melhor lidar com essas questões, os pais continuam personificando o filho, e suas respostas e movimentos são entendidos como demonstrativos de sua integridade.

1.3.2 Um fenômeno psíquico especial – a constelação da maternidade

O funcionamento psíquico da mulher neste período mostra mudanças intensas, num curto espaço de tempo. Temos uma nova organização psíquica da mulher, que Stern (1997) tão bem descreveu como “Constelação da Maternidade”. Segundo ele, ao engravidar, a mulher oferece uma resposta a esse processo por meio da criação de uma nova organização psíquica que permanece com ela durante toda gestação e mesmo logo após o nascimento do recém-nascido. Stern relata a observação desse processo especialmente nas mulheres primíparas, mas identifica que também ocorre nas demais gestações.

Para ele, a gestante mostra algumas preocupações básicas traduzidas por meio de três discursos que relacionam suas experiências internas e externas nesse momento:

O primeiro é o *discurso da mãe com sua própria mãe* (ou as figuras que lhe propiciaram maternagem), especialmente com sua mãe como mãe para ela quando criança, que traz memórias e lembranças dos cuidados recebidos e da relação estabelecida com sua mãe.

O segundo é o *discurso consigo mesma*, especialmente ela mesma como mãe, a respeito de todos os seus projetos, suas incertezas e suas inquietações no desempenho das funções maternas.

O terceiro *discurso é o da mãe com seu filho*: tratam-se das conversas internas da mãe com o feto intraútero, que surgem de suas representações psíquicas do recém-nascido, das vivências ocorridas quando dos seus movimentos e das imagens que dele vai formando.

À medida que a criança cresce, começam a surgir temas centrais relacionados a este processo:

Tema de vida e crescimento: a questão central para a mulher é se ela conseguirá ser uma boa mãe, capaz de manter o filho vivo; se ela conseguirá fazer com que ele cresça e se desenvolva fisicamente (isso é que a faz levantar à noite para ver se o filho está respirando, está dormindo bem, que faz a alimentação ser um assunto tão importante para as mães). Também se refere aos medos que a mãe tem de doenças, malformações durante a gestação ou depois do nascimento. Envolve sua capacidade de assumir um lugar na evolução da espécie, na cultura e na família.

Tema de relacionar-se primário: é o envolvimento social-emocional da mãe com o recém-nascido, sua capacidade de amar, de o sentir, de apresentar uma sensibilidade aumentada, identificando-se com ele para responder melhor às suas necessidades. Esse tema vai estar presente no 1º ano de vida da criança ou até que ele adquira a fala. Inclui o estabelecimento de laços humanos, apego e segurança e acompanha o funcionamento materno descrito por Winnicott (1988) como preocupação materna primária.

Tema de matriz de apoio: refere-se à necessidade de a mãe criar, permitir, aceitar e regular uma rede de apoio protetora para alcançar bons resultados nas duas primeiras tarefas – de manter o filho vivo e promover seu desenvolvimento psíquico. Essa matriz de apoio que surge a partir de suas figuras de referência (companheiro, mãe, parentes, vizinhos) constitui uma rede maternal, com a função de protegê-la fisicamente, prover suas necessidades vitais, afastá-la da realidade externa para que ela possa se ocupar de seu filho. A outra função refere-se ao apoio, ao acompanhamento da mãe para que ela se sinta ajudada e instruída em suas novas funções neste momento. Isso a leva a aproximar-se de suas experiências de maternagem anteriores – com sua própria mãe ou suas representantes.

Tema da reorganização da identidade: em essência, a mãe deve mudar seu centro de identidade de filha para mãe, de esposa para progenitora, de profissional para mãe de família, de uma geração para a precedente. Portanto, ocorrem exigências de um novo trabalho mental – a mulher, transformando-se em mãe, precisa alterar seus investimentos emocionais, sua distribuição de tempo e energia, redimensionar suas atividades.²

1.3.3 O processo de paternalidade

Existem muitas mudanças no comportamento do homem frente à notícia da vinda de um filho. A experiência do primeiro filho, de acordo com Leff (1997), desperta intensas emoções assim que ele começa a tomar o lugar que anteriormente era de seu pai. Tem início um processo de reavaliação de suas experiências passadas como criança, em relação a seus cuidadores, e essa reavaliação pode resultar em novas combinações de aspectos de sua personalidade, elaboração de padrões de seus relacionamentos familiares anteriores, especialmente com a figura paterna.

² Para Stern (1997), o homem, futuro pai, pode compartilhar estas mesmas preocupações maternas. (apud COUTINHO; MORSCH, 2006).

De acordo com essa autora, como nas sociedades industrializadas não existem ritos para o pai durante a gestação de sua companheira, alguns sintomas físicos podem surgir como representantes de suas inquietações em relação às modificações corporais que surgem em sua mulher: náuseas, vômitos, aumento de peso, palpitações e crises renais (cálculo renal, por exemplo). Esses sintomas possibilitam um reconhecimento sociofamiliar diante do momento em que se encontra, conseguindo atenção também com seu corpo. Por outro lado, muito comumente, planos e projetos profissionais do pai podem coincidir com a data prevista para o nascimento do recém-nascido, inclusive impedindo sua presença no momento do parto.

Brazelton e Cramer (1990) corroboram estas informações e afirmam que o apego do pai ao filho é influenciado por suas experiências anteriores na infância. O desejo por um filho tem início em sua infância e a gestação de sua esposa apresenta-se como um período muito importante para a consolidação de sua identidade masculina.

Surgem sentimentos ambivalentes, muitas dúvidas em relação ao seu papel, ao RN e ao seu relacionamento com a esposa. Muitas vezes, sente-se excluído da relação que observa entre a mulher e o recém-nascido, mas se preocupa em ajudar sua companheira diante dos desconfortos da gestação. Precisa aceitar a transição de uma relação dual com a mulher (conjugalidade) para uma relação triádica (parentalidade). A capacidade de prover as necessidades da família, oferecer apoio à esposa e dispor de tempo para cuidar do filho é outra de suas preocupações.

O resguardo do pai, encontrado em muitas culturas, é um rito que facilita o reconhecimento da paternidade, retratando de forma simbólica seu comprometimento com a criança. Em algumas sociedades, o resguardo tem a intenção de proteger dos demônios ou maus espíritos a mulher ou a criança por nascer, desviando a atenção deles para o pai (LEFF, 1997). Temos, assim, a chamada “couvade”, que pode ter início ainda durante o período gestacional, a qual, atualmente, é muitas vezes representada pelos sintomas físicos antes discutidos.

Lembramos que a parentalidade ocorre na situação de adoção, na dependência de como esta história foi vivida pelo grupo familiar, especialmente os novos pais, apesar da ausência de uma história biológica de gravidez.

Estudos realizados no Brasil sobre gestação e paternidade (KROB; PICCININI; SILVA, 2009) mostram que a gestação da companheira é vivida pelos homens como um período emocionalmente intenso, marcado por sentimentos ambivalentes de alegria, disponibilidade emocional, ansiedade e conflitos, no qual percebem mudanças em suas próprias emoções e em sua sensibilidade para lidar com as situações e as pessoas, especialmente com a esposa.

Piccini (2004) refere que o acompanhamento às consultas e aos exames pré-natais é valorizado pelos homens como uma forma de participação na gestação. A experiência com a ecografia desencadeia, em muitos homens, reações positivas, proporcionando uma sensação de presença concreta do recém-nascido. Os dados mostram, ainda, que a maior parte das preocupações referidas pelos homens durante a gestação de

sua mulher se relaciona com a saúde e o bem-estar da criança e da mulher, o que para estes autores é indicativo da existência de um envolvimento emocional com ambos. Alguns pais relataram preocupações em relação ao trabalho de parto e/ou tipo de parto.

Por meio destas informações, fica clara a importância da participação do homem nos cuidados do pré-natal, como propõe o Ministério de Saúde do Brasil. Não apenas para que ele próprio passe por avaliações clínicas que lhe são propostas para este momento, mas porque seu lugar e suas funções como companheiro desta mulher e nos cuidados com o recém-nascido são reconhecidos. Suas competências são valorizadas com os inúmeros benefícios que podemos creditar em sua efetiva participação no parto e consequentemente no pós-parto, nos cuidados com o filho, no apoio à amamentação. Por outro lado, isso atende a um desejo que lhe é próprio, lhe é de direito e que muitas vezes lhe foi negado.

1.4 O nascimento da criança

Para Graciela Cullere-Crespin (2004), o momento do nascimento é de um encontro, com o reconhecimento de algo que é estranho (o filho que nasce), mas ao mesmo tempo conhecido (o filho das representações parentais). Esse reconhecimento, que para ela se chama *primordial*, permite à mãe identificar-se com seu recém-nascido e desempenhar a função materna. Isso nos sugere a extrema delicadeza que este momento merece, especialmente na atenção para com a mulher, permitindo que ela possa vivenciar de forma privada, cautelosa, sensível, este acontecimento.

É fundamental lembrarmos que, no local em que o “trabalho de parto” ocorre, o acolhimento, a privacidade e a intimidade ditam os manuseios (poucos), a intervenção (mínima), com apoio (máximo e afetivo) ao desempenho natural e espontâneo dos protagonistas principais.

Ao mesmo tempo, é da maior importância que este recém-nascido utilize seus recursos para provocar esta relação. Por meio do que chamamos *neotenia*, Klaus e Klaus (2000), com imagens muito claras em seu livro *Seu Surpreendente Recém-Nascido*, mostram o quanto o ser humano nasce provido de provocações para que adultos e mesmo as crianças se sintam atraídos por ele – sua testa alta, suas bochechas, olhar firme sem piscadelas, mostrando-se pronto para a interação.

Cyrułnik (2001) lembra o estabelecimento dos laços de pertencimento após o nascimento por meio das observações dos amigos e da família ampliada quanto às semelhanças físicas e posturais do RN com seus familiares. Comenta este autor que: “desde o primeiro olhar, a morfologia fala de sua genealogia. Este relato permite acolher o RN e conceder-lhe um lugar na história familiar” (CYRULNIK, 2001, p. 57).

É fundamental pensarmos nas experiências do RN. Para Winnicott (1988), no processo natural do parto, a experiência do nascimento é uma amostra exagerada de algo que o recém-nascido já conhece. Ou seja, o nascimento não é uma invasão se a adaptação ativa do ambiente satisfizer suas demandas. O entorno que vai receber

este RN é que faz a diferença para esta ser uma experiência vital não traumática. Isso exige um bom preparo da equipe obstétrica e neonatal para com o que se passa neste momento, assim como uma adequada preparação da mulher e seu acompanhante. Explicando melhor, este autor nos diz:

“O trauma do nascimento ocorre quando há interrupção de continuidade do continuar-a-ser do bebê e quando esta interrupção é significativa” (WINNICOTT, 1988, p. 33).

Piontelli (1995) concorda com Winnicott em seus estudos e afirma que, apesar de ocorrer uma mudança ambiental impressionante para as crianças, não observou, no longo acompanhamento com elas realizado, uma mudança mental ou emocional a partir do parto. Diz ter observado repercussões de experiências do parto apenas naquelas crianças que possuíam histórias de nascimentos traumáticos, o que corrobora os relatos de Winnicott (1988). Lembramos que esta autora acompanhou crianças em seu período intraútero, no momento do parto e até completarem 3 anos de idade.

Como viemos apontando, o cuidado proposto para com a tríade envolve olhares diferenciados para as experiências de cada um. Para a mãe, extremas mudanças hormonais e experiências fisiológicas únicas irão ocorrer neste período e seu olhar para o filho recém-nascido possui um questionamento ainda dependente da natural ambivalência que a acompanhou durante toda a gestação. Um recém-nascido que possui recursos para seduzi-la, ainda na sala de parto, dá os primeiros passos para a retirada da mulher/mãe deste lugar e a estimula na realização de um relacionamento favorável baseado em investimento afetivo.

O pai, por sua vez, por não ter experimentado de forma real mudanças corporais e uma nova fisiologia, é convidado a uma ligação intensa e rápida com o filho RN. Assim, temos o *engrossment* – funcionamento paterno que surge imediatamente após o nascimento do filho que, de acordo com Klaus, Kennel e Klaus (2000), oferece ao homem uma poderosa resposta em relação a seu recém-nascido, regida pela absorção, preocupação e interesse para com ele.

Oberman (1994) refere-se ao *engrossment* como um potencial inato do pai em relação a seu filho, que se desenvolve no momento de seu nascimento. Sentir-se absorvido pela presença do RN, manifestar por ele preocupação e interesse, expressar intensa emoção frente ao nascimento do filho e ao ver-se convertido em pai são características do *engrossment*.

É importante discutir ainda que todos esses processos – gestação, parto, interação – são extremamente influenciados pela atitude do pai. O suporte emocional que oferece à sua esposa contribui para a melhor adaptação da mulher à gestação. Sua presença no momento do parto está associada com menor necessidade de uso de medicação contra dor no pós-parto e com vivências mais positivas do momento do nascimento. Também o aleitamento materno é influenciado pela atitude paterna.

Temos aqui o maior indicador da importância da presença do companheiro da mulher, durante o pré-natal, no parto e no pós-parto.

1.5 Ansiedade e depressão pós-parto

O puerpério traz consigo novas tarefas para a mulher e também para o homem – a necessidade de adaptação pela presença de um recém-nascido e as intensas solicitações que ele traz consigo. Essas experiências podem ser facilitadoras de crescimento e de desenvolvimento no ciclo vital do indivíduo, pois proporcionam vivências especiais relacionadas à reprodução e à perpetuação da espécie, nos agora pais. Ao mesmo tempo, são intensas e profundas, pois trazem consigo tarefas extremamente exigentes que se referem a cuidar de um filho. Determinam significativas mudanças pois, de representações mentais, passam a cuidar de um bebê real que pode ou não corresponder às suas expectativas e aos seus desejos.

Esta é a hora em que a transmissão psíquica, seja intergeracional ou transgeracional, apresenta-se nas rotinas, nas noites mal dormidas, nas exigências da amamentação, nas possíveis repercussões da vida sexual do casal, na presença de ambas as famílias nos cuidados com o recém-nascido.

Para muitas mulheres, poucas semanas serão suficientes para que ela retome o seu percurso e sinta-se disposta para cuidar de seu filho. Para outras, trata-se de uma tarefa bastante difícil, podendo aparecer sintomas que merecem atenção e cuidado.

Também o homem se encontra vulnerável a partir de suas tarefas e sente de forma mais intensa que seus compromissos como pai são de muita exigência. A manutenção familiar, o apoio à mulher, a divisão de cuidados dos demais filhos e mesmo deste RN fazem parte de sua rotina. Assim, podemos observar sinais que podemos chamar de psicopatológicos na dependência de sua história.

A ansiedade materna e mesmo paterna (WENZEL, 2005; ANNIVERNNO, 2013) tem sido apresentada com uma ocorrência bastante significativa no pós-parto. Sintomas afetivos ligados ao humor, do tipo depressivo, são comuns nesse período. Com certa frequência, a ansiedade presente durante a gestação facilita o surgimento de depressões no pós-parto, ou elas encontram-se juntas, como comorbidades. As depressões fazem parte de um *continuum* em relação aos sinais que inicialmente são tidos como adaptativos, como no caso do “*blues*” pós-parto (para alguns autores, chamado de “tristeza materna” ou “melancolia da maternidade”). Outros sinais evoluem com características psicopatológicas na depressão pós-parto e na psicose puerperal.

1.5.1 Ansiedade

A presença de ansiedade, tanto na mulher como no homem, é algo comum nas gestações, sendo provocada pelas solicitações e mudanças que fazem parte deste período do desenvolvimento. Cada vez mais são observados sinais indicativos de ansiedade patológica em ambos os pais. Alguns autores sugerem que sua presença é mais comum nas mulheres do que os quadros de humor (depressões). No

entanto, ainda são poucos os estudos sobre o quadro de *ansiedade generalizada* no período pós-parto. Além dos sintomas depressivos, inúmeras são as comorbidades da ansiedade, como fobia social, pânico, condutas obsessivo-compulsivas, estresse pós-traumático. Todas elas surgindo a partir de registros genéticos e experiências individuais do pai e da mãe.

É fundamental que, durante a gestação, sejam observados sinais indicativos de sua presença para que a intervenção seja a mais rápida possível, tendo em vista suas repercussões nas relações afetivas familiares e no desenvolvimento do recém-nascido. Assim como a depressão pós-parto, a ansiedade pós-parto (como quadro psicopatológico) é mais tardia e seu diagnóstico geralmente também é tardio (seis meses após o parto, em geral).

1.5.2 Depressão

“Blues” do pós-parto

No “*blues*” pós-parto, considerado benigno e frequente, a mulher apresenta sinais de irritabilidade, cansaço, choros sem motivo, introversão, o que pode provocar dificuldades relacionais neste período. Marcado por um tumultuado movimento endócrino/neurobiológico e notadamente dopaminérgico, esse movimento depressivo materno ainda permanece, em grande parte, enigmático. Guedeney e Lebovici (1999) citam que esse funcionamento marca o fim da gestação psíquica, permitindo à mãe entrar eficazmente no sistema interativo neonatal. Lembram também que apenas 15% a 20% das mulheres que apresentaram “*blues*” pós-parto desenvolveram depressão materna pós-natal.

Szejer e Stewart (2002) comentam que este funcionamento materno, mais tristonho, caracteriza-se por ser uma fase adaptativa da nova mãe, em função da experiência de separação que ela passa a simbolizar com seu filho, agora fora de seu corpo. Para ela, após o parto, vem o nascimento do sujeito, das exigências do recém-nascido e de sua configuração, o que pressupõe uma perda daquele feto anteriormente presente em seu corpo.

Em nossa prática diária, nas unidade neonatais, este funcionamento muitas vezes não pode ser avaliado, pois ele surge com o estranhamento materno provocado pela internação do recém-nascido. No entanto, nesta situação, como nas gestações a termo, deve ser bem considerado no surgimento de dificuldades relacionais com o RN ou mesmo na amamentação. O profissional deve ficar atento ao comportamento da mãe, que, **neste caso é situacional**, protegendo-a de observações ou de avaliações de que se encontra deprimida ou “não aceitando o filho recém-nascido”.

Depressão pós-parto

A depressão pós-parto é longa, com a mãe mostrando sinais de tristeza, irritabilidade, incapacidade para cuidar de seu filho, fadiga, sentimentos de solidão, podendo surgir queixas somáticas. Autenticamente patológica, é bem mais rara que o “*blues*”, aparecendo em aproximadamente 15% das puérperas. Uma das maiores preocupações refere-se ao fato de que ela pode não ser observada pela família ou mesmo

pelo pediatra que, neste momento, tem contato maior com a mãe do que com o obstetra. Muitas mulheres não apresentam queixas ou tentam ocultá-las pela culpa que experimentam frente ao fato de terem dificuldades em cuidar de seus filhos. Assim, algumas delas podem inclusive rejeitar o contato social e familiar.

A depressão pós-parto é mais tardia, surgindo entre a quinta e a sexta semana após o nascimento do filho, possuindo como diferença dos outros quadros depressivos sua relação com o nascimento e com os entraves no processo de maternagem. É responsável por muitas dificuldades que surgem na interação mãe-bebê, levando a falhas na continuidade dos cuidados para com este, já que estas mulheres se encontram menos disponíveis aos apelos dos filhos.

Presentes fisicamente, mas ausentes psiquicamente, apresentam um comportamento mecânico e operatório no qual as trocas com a criança se mostram pobres, sem expressões de afeto e as interações lúdicas são quase inexistentes. Não conseguindo ajustar sua linguagem à da criança, a mãe a priva de estímulos e informações, o que traz prejuízos cognitivos e emocionais para o recém-nascido (CAMAROTTI, 2001). Suscetíveis à fadiga imposta pelos cuidados com o recém-nascido, choram mais e suportam mal os choros das crianças, mostram-se desinteressadas em conversar ou ressentem-se em oferecer informações sobre o filho, por exemplo, nas consultas pediátricas. O cuidado prevê psicoterapia, mas muitas vezes torna-se necessária a intervenção psiquiátrica.

Psicose puerperal

Na psicose puerperal, o funcionamento psíquico materno mostra grave comprometimento. Mais rara, aparece em aproximadamente uma a duas mulheres em cada mil. Como apresenta maior comprometimento emocional, necessita intervenção cuidadosa e criteriosa. Sintomas psicóticos, como delírios, alucinações, agitação psicomotora e estado confusional estão presentes. Deve ser lembrado que é possível que haja recidivas em outras gestações e que podem evoluir para quadros depressivos não puerperais ou mesmo quadros psicóticos. Requer atenção terapêutica em relação à mãe, à criança e ao estabelecimento dos primeiros laços afetivos.

A separação da mãe e de seu filho é prejudicial, devendo serem criadas alternativas de atendimento que não a ocasionem. Torna-se necessária a participação muito próxima da família, com a equipe de Saúde, para que mãe e recém-nascido possam permanecer juntos, sob intensa supervisão. O objetivo é que a mãe possa exercer, mesmo que de maneira limitada, a função materna, tendo próxima sua mãe, ou outra figura feminina importante da família ou de seu convívio social, com quem ela tenha intimidade e de quem receba cuidados.

A participação da figura paterna nos cuidados do recém-nascido é importante para o restabelecimento da saúde mental da mãe. Um dos objetivos terapêuticos de sua participação muito próxima é para que ele ajude a apontar, nas condutas e nos comentários de sua mulher, resquícios de sua ligação com o recém-nascido. Ou seja, compete a ele resgatar a lembrança da mãe de que ela, em momentos anteriores ao nascimento do filho, havia sugerido que almejava ser. Isso irá proteger a representação que ele mesmo criou em relação à sua esposa como mãe.

O diagnóstico de psicose puerperal exige a intervenção psiquiátrica, ajuda medicamentosa, psicoterápica, orientação familiar e, sempre que possível, a participação de especialistas na relação mãe-bebê.

Em diferentes países, encontramos as chamadas Unidades Mãe-Bebê, onde a mãe permanece diuturnamente com o filho e recebe proteção criteriosa. Existem também os conhecidos hospitais-dia, frequentemente sugerido para seu encaminhamento após receber alta da internação psiquiátrica ou quando esta não necessitou ser indicada. A intervenção é sempre pontual, marcada pela preocupação e pelo apoio teórico das teorias de apego, com extremo cuidado quanto à ligação mãe-bebê. Nestes locais, existe um grande investimento no acolhimento do pai na unidade, pelos pressupostos citados anteriormente.³

Para que uma internação conjunta mãe-bebê seja sugerida, deve ser bem avaliado o risco de que a separação da mãe de seu filho poderá trazer repercussões mais graves do que a internação da mãe, isoladamente. Principalmente no caso de estarmos diante de uma intensa agitação da mulher e total incapacidade de contato. Mesmo com uso de medicamentos, uma equipe constante e muito presente, com uma participação familiar efetiva, esta deve ser uma preocupação para as equipes das maternidades quando da observação de uma mulher em intenso sofrimento psíquico capaz de provocar quadros psicóticos (SUTTER-DALLAY, 2008).

Depressão pós-parto no homem

Para Paulson e Bazemore (2010), a depressão pós-parto (DPP) masculina acomete 10,4% dos pais, podendo subir para 25% entre o terceiro e o sexto mês do pós-parto. Lembram que isto pode aumentar de frequência no homem cuja esposa está deprimida. Falceto et al. (2012) apontam que os transtornos psiquiátricos pós-parto paternos apresentam prevalência significativa, variando no Brasil entre 11,9 e 25,4%. Comentam, ainda, o quanto isto impacta negativamente no apoio que o pai dá à mãe e ao filho durante o primeiro ano pós-parto.

Wilson e Durbin (2010), em um estudo de meta-análise, afirmam que a depressão no homem tem efeitos deletérios na parentalidade masculina. Os comportamentos observados em função da depressão pós-parto paterna (DPPP) mostram emoções negativas, hostilidade, condutas intrusivas e desinvestimento afetivo, todos extremamente iatrogênicos para a relação familiar.

Alguns sintomas específicos da DPP masculina podem passar despercebidos como: trabalhar demais, fazer atividades com a finalidade inconsciente de escapar da vida doméstica (TV ou esporte em excesso, por exemplo), utilizar bebida, automedicação em excesso, ferir-se, sofrer acidentes, apresentar atitudes hostis, agressivas, descontroladas, impulsivas, como: iniciar um caso extraconjugal ou abandonar a família justamente no pós-parto (PAULSON; BAZEMORE, 2010).

Muitas vezes a depressão pós-parto paterna acompanha a depressão materna, o que aumenta a necessidade de intervenção na família. Para Falceto et al. (2012), citados

³ Para conhecer melhor estes cuidados, sugerimos a leitura de: Dolto, F. *Une Psychanalyste dans la cité, L'aventure de la Maison Verte*, Gallimard, Paris, 2009.

anteriormente, isto ocorre em 70% dos casos de depressão materna e informa ainda que a gravidade da doença se encontra na dependência daquela apresentada pela companheira. Dificuldades na conjugalidade acabam se apresentando e são muito preocupantes as suas repercussões no desenvolvimento da criança.

A alta prevalência de DPP paterna tem grandes implicações também sobre o bem-estar da criança tendo em vista que as mães e pais com DPP demonstram menos evidências de apego emocional a seus filhos e capacidade de estimular o seu desenvolvimento. Se ambos os pais experimentarem sintomas depressivos durante o período pós-parto, a interação entre a depressão da mãe e do pai pode acarretar um risco ainda maior para o desenvolvimento da criança. Além disso, a DPP, quando persistente, pode favorecer a ocorrência de situações de negligência e abuso infantil (FALCETO et al., 2012, p. 294).

Cabe-nos observar o funcionamento interativo destes parceiros para podermos intervir. Sabendo o quanto estes quadros favorecem o surgimento de psicopatologias precoces ou mesmo tardias nas crianças, é importante termos isso em mente. Contar com a rede de apoio familiar é fundamental. Precisamos colocar próximo às crianças pessoas que consigam estimulá-las e que sejam capazes de oferecer outros padrões/modelos/estímulos comportamentais e afetivos que as ajudem no enfrentamento desta situação.

1.6 A gestação que necessita de cuidados especializados



A gestação é um processo biológico complexo acompanhado de mudanças físicas, emocionais e sociais, compondo um ciclo de vida saudável. Esse processo considerado natural pode passar a ser de risco quando a mulher apresenta alguma doença anterior, sofre algum agravo ou desenvolve algum problema de saúde. Esses fatores

no período gestacional aumentam a probabilidade de evolução desfavorável tanto para a mulher quanto para seu filho. Sendo assim, podemos pensar que esta situação merece de todos nós uma intensa preocupação.

O Ministério da Saúde divulgou, em 2012, o *Manual Técnico da Gestão de Alto Risco*, no qual discorre sobre os fatores que constituem um alerta para os profissionais que assistem a gestante. Os riscos agrupam-se de acordo com diferentes características, sendo elas sociais, ambientais, comportamentais/afetivas e biológicas. No entanto, mais do que cuidados médicos e de enfermagem, esta mulher e também seu companheiro necessitam de um olhar integrador que valorize sua dinâmica afetiva. Caso entendamos que na gestação considerada saudável, sem nenhuma intercorrência, ocorram intensas solicitações do mundo afetivo, no diagnóstico de risco estas se potencializam, trazendo consigo vulnerabilidade para o aparecimento de sintomas e doenças emocionais.

1.6.1 A dinâmica da gestação que necessita de cuidados especiais



As mudanças hormonais e físicas que a mulher vivencia durante a gestação não se dissociam das repercussões psíquicas. Se aliarmos a isto as condições socioeconômicas e culturais que muitas vezes se encontram desfavoravelmente presentes em nossa população, podemos antever um somatório de complicações que configura este risco como situação de vulnerabilidade. Desconsiderar as condições emocionais da gestante e de seu companheiro, sua história e sua rede de apoio é legitimar a negligência desse complexo processo de tornar-se mãe e tornar-se pai.

Podemos pensar o que significa para a mulher grávida, e também para sua família, receber a notícia de que sua gravidez preocupa a equipe do pré-natal. Receber informações sobre suspeitas na formação de seu filho, a possibilidade de prematuridade, hospitalização e necessidade de intervenções imediatas após o parto, quando ela

ainda deveria estar criando representações de seu bebê, chamado por nós como “imaginário” e “imaginado”. Ou, ainda, diante do *tema de vida e crescimento da Constelação da Maternidade*, ela necessitar de exames e de investigações clínicas.

Dito isso, o pré-natal desta mulher ganha *status* de instrumento valioso quanto ao apoio, à prevenção de agravos e à promoção da saúde o mais precoce possível, auxiliando-a quanto à descoberta de suas competências para fazer frente a tantas solicitações. Todos os profissionais que prestam cuidados a essa mulher e a seu companheiro, ou familiar acompanhante, devem estar atentos ao seu papel, evitando dicotomias e quebrando paradigmas em prol de uma atuação promotora de saúde e não apenas remediadora de intercorrências.

Para esta gestante, é necessário que a atenção não se limite apenas a tratar condições clínicas e agentes patogênicos. Ela deve ser cuidada a partir de sua realidade social, econômica, com crenças, valores e fantasias que se integram em sua personalidade dinâmica. Ao mesmo tempo em que a gestante protege sua criança, ainda no ambiente intrauterino, ela se apropria dessa nova realidade, sendo afetada por ela e concomitantemente a afetando. Ou seja, este risco implica também na relação que vem se construindo, à qual necessita de observações maternas prazerosas, facilitadoras de comunicação entre ela e o seu filho. No entanto, isto pode sofrer interrupções ou até provocar sua inexistência a partir de manejos inadequados como um diagnóstico fetal mal discutido, dirigido apenas a ela na ausência de algum acompanhante.

Para obtermos sucesso nesse trabalho especial, temos à disposição ações educativas, trabalhos de orientação, estruturação da assistência em rede. As equipes de Saúde da Atenção Básica que visitam o domicílio da gestante conhecem seus recursos, realizam controles, estimulam seus cuidados, esclarecem e solicitam que as pessoas que a influenciam mais ativamente desenvolvam apoio e atenção. Estes profissionais avaliam sua realidade sanitária, que pode sugerir outros riscos, discutem sobre possíveis apoios na comunidade para mudanças nas casas, melhorando seu conforto ou mesmo preparando para a chegada de uma criança pequena que nasceu antecipada ou de uma forma diferente. Nessa perspectiva de tratamento, é fundamental avaliar aspectos situacionais, ambientais, mas sem esquecer os fatores facilitadores de saúde que porventura cerquem esta mulher que se encontra gestante.

1.6.2 Fatores psicossociais do Ciclo Gravídico Puerperal na gestação que necessita de cuidados especializados

Como temos deixado claro, a gestação é um período crítico do ciclo vital da mulher, que exige adaptações e reorganização psíquica e, ao mesmo tempo, possibilita significação e elaboração de conteúdos intrapsíquicos. É esperado que a mulher experimente, neste período, estresse elevado, ansiedade, oscilação do humor, sensibilidade e irritabilidade. Reconhecer e legitimar essas vivências afetivas facilita a vazão de suas angústias e cria relação de confiança com a equipe. Já nos casos de risco, a mulher fica mais suscetível à autculpabilização, a fantasias de autopunição e ao rebaixamento da autoestima e autoconceito, podendo originar sinais depressivos que dificultam sua relação familiar. Por conta da presença de novos componentes em seu funcionamento psíquico, em suas tarefas de identificação com o RN em

formação, do ressurgimento de registros mnêmicos do período em que era criança, existe maior vulnerabilidade para o surgimento de psicopatologias como ansiedade, sintomas depressivos, ou mesmo maníacos, na mulher. No entanto, é importante lembrar que muitas mulheres que necessitam de cuidados especializados durante a gestação já apresentavam, anteriormente, sinais de adoecimento ou comprometimento em área emocional.

Outro fator comum nesse grupo especial é o fato dessas mulheres serem comumente hospitalizadas, o que gera uma condição desfavorável pela perda da autonomia. Nos casos em que não há um bom suporte familiar, a gestante passa a sentir-se alvo de cobranças, afetando ainda mais seu equilíbrio emocional e deixando-a mais vulnerável ao adoecimento psíquico.

O cuidado indicado só se fará possível se exercitada a função da escuta na conduta dos profissionais. Dar voz à gestante é humanizar a atenção no pré-natal e nos munir de informações que tornam a assistência mais eficaz.

A informação sobre a realidade concreta e subjetiva da gestante, associada ao domínio que o profissional deve ter sobre a fisiologia da gravidez e como esta afeta a condição clínica da mulher, é pré-requisito de um trabalho especializado e no pré-natal.

1.7 O parto prematuro ou de risco

Cohen (2003) comenta que um parto considerado de risco coloca em cena, para a mulher, aspectos internos de seu corpo e de seu psiquismo. Para ela, sua ocorrência rompe com o imaginário, provocando uma invasão de experiências que deveriam ser íntimas e privadas. Como esta autora diz: “coloca holofotes diretamente em suas partes (da mãe) que ela considera intensamente pessoais” (COHEN, 2003, p. 11). Aponta, portanto, para o possível sofrimento psíquico materno que surge por sua incapacidade de gerar um filho *no tempo e na hora, completo e competente*. Suas palavras deixam clara a ocorrência de fantasias maternas quanto ao seu interior (corpo e psiquismo) não aptos a gerar o filho desejado.

O estranhamento provocado pelo nascimento fora do tempo e/ou pelo filho que nasceu, diferente daquele pensado e desejado por toda a família, exige cuidados especiais. Mesmo naqueles casais que receberam orientações, diagnósticos durante o período gestacional em função de risco fetal ou materno, pode-se observar um misto de decepção, de tristeza e uma sensação de fracasso.

Sentimentos de amor/ódio e de culpa provocam uma instabilidade emocional em todo o grupo familiar, com o aparecimento de condutas e verbalizações de ataque à equipe ou à instituição que cuida do recém-nascido. Esta estratégia defensiva permite, aos pais, suportarem sua culpa e sua decepção por não terem conseguido gerar seu filho como gostariam.

Essa dor é acrescida por comentários e especulações da família maior que retoma questões preexistentes quanto às prováveis dificuldades na aceitação da relação

destes cônjuges, e à busca de comprometimentos orgânicos e mesmo emocionais nas famílias de cada um, na tentativa de compreender ou justificar a ocorrência do risco neonatal.

Um tempo depois, estas questões se modificam e com frequência a mulher encontra justificativas como nervosismo, brigas em casa e problemas profissionais para o fato de ter tido um filho prematuro e/ou com questões clínicas. Encontra em situações afetivas, ou nas relações pessoais e profissionais, algo que seja o fator desencadeante desta situação.

Mesmo que os médicos obstetras avaliem junto às suas clientes fatores desencadeantes, como hipertensão e diabetes maternos ou alterações genéticas do feto, estes profissionais contam que elas questionam seu diagnóstico, fazendo relações e associações que caracterizam a possibilidade da etiologia ser de área emocional. Ou seja, a mulher apresenta uma tendência em assumir o ônus desse acontecimento. Essas ideias trazidas pelas mulheres devem ser recebidas com cuidado, pois envolvem aspectos primitivos de sua vida psíquica, os quais fazem parte da formação de sua personalidade e de sua forma de se relacionar com a vida (MORSCH, 2004).

Temos que lembrar que, no parto prematuro, o trabalho psíquico de construção do feto no ventre materno ainda estava distante daquele que seria o necessário para ocorrer o nascimento. Apenas no final do terceiro trimestre da gestação, a mulher está capacitada por meio de uma sensibilização, inclusive física, para cuidar de seu filho, extrauterinamente. Na ocorrência do parto prematuro, este processo ainda se encontra em desenvolvimento. Sem terem experimentado esta fase gestacional, sem este treinamento interno que facilitaria a separação e a futura aproximação, recém-nascido e mãe prematuros precisam buscar outras formas de conhecimento. Em geral, a mãe não pode visitar lembranças internas quanto aos cuidados de crianças que a instrumentariam no desempenho da maternagem, pois não possui referências para esta situação, que, como elas mesmas dizem, “fugiu ao padrão”. O que se observa é um sentimento de incompletude ou de irrealidade, podendo persistir a imagem de um recém-nascido incompleto, anormal ou mesmo muito estranho.

Lembrando-se do bebê imaginário, aquela criança capaz de preencher todos os desejos dos pais, o recém-nascido pré-termo nasce quando este se encontra no auge destas representações. Este bebê imaginário que povoa e preenche o mundo interno dos pais para auxiliar na construção do bebê que eles imaginam vai chegar. Já o bebê imaginado, parte do bebê imaginário, por meio dos significados oferecidos pela mãe e também pelo pai às sensações e às experiências reais que experimenta com o feto intraútero, acaba recebendo uma imagem real, repleta de características físicas e comportamentais. Ocorrendo o parto prematuro, estes dois bebês que estavam sendo construídos em suas vidas psíquicas não encontram semelhanças com o recém-nascido que lhes é apresentado ainda na sala de parto ou mesmo na unidade neonatal. Da mesma forma, um nascimento que traz consigo uma criança malformada ou sindrômica rompe com as representações parentais quanto ao filho desejado.

Esta diferença entre a situação que podemos chamar de tradicional, sonhada em relação à maternidade e à paternidade, e a chegada de um recém-nascido “fora de

um tempo e de um espaço sonhado e imaginado” favorecem, para alguns pais e seus filhos recém-nascidos, discrepâncias na comunicação.

As mensagens que estes bebês enviam aos seus pais algumas vezes são difíceis de serem decifradas, visto seus códigos serem tão diferentes dos RNs a termo que não necessitam de cuidados intensivos, o que interfere inclusive em sua consolabilidade.

Estamos assim discutindo, por um lado, a *temporalidade* num acontecimento vital primordial. A gestação humana prevê um período em torno de 40 semanas para sua duração. A família necessita de todo o planejamento familiar e sua organização para a chegada da criança desse período para que ela se sinta capacitada a receber seu novo integrante. A diminuição deste tempo pode impedir que algumas das vivências necessárias para a chegada do recém-nascido se completem. Tanto aspectos hormonais e bioquímicos, como diferentes questões emocionais, desempenham papel fundamental em relação à preparação, principalmente da mãe, para essa chegada. A ausência destas experiências interfere na ocorrência de um funcionamento que, como vimos anteriormente, tem início no final da gestação, e foi descrito por Winnicott (1988) como *preocupação materna primária*. Tais vivências podem ser entendidas como um laboratório que permite a aproximação da mãe no reconhecimento do que a criança necessita logo após o seu nascimento. Como temos observado, na ocorrência do parto prematuro, não é apenas o recém-nascido que pode ser chamado de pré-termo. Seus pais experimentam a prematuridade no desempenho da parentalidade.

Por outro lado, a inclusão numa relação e numa história familiar de um filho que se mostra estranho e diferente daquele que foi planejado pode, inicialmente, interferir na experiência de “pertencimento” a este grupo familiar, pois ele “não se parece com ninguém” nestes primeiros encontros que se dão, tanto no momento do parto como no espaço da unidade neonatal.

Referências

- ANDERZÉN-CARLSSON, A. N. et al. Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant : A qualitative meta-synthesis. **International Journal Qualitative Studies on Health and Well-being**, [S.l.], v. 9, p. 24907, 2014.
- ANNIVERNO, R. et al. Anxiety Disorders in Pregnancy and the Postpartum Period. In: DURBANO, F. (Ed.). **New Insights into Anxiety Disorders**. [S.l.]: InTech, 2013. p. 259-285.
- BRAZ, M. P. A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. In: DESEN, M. A.; COSTA JUNIOR, A. L. **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 113-131.
- BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. **The Earliest Relationship: parents, infants and the drama of the early attachment**. New York: INC; Addison-Wesley Publishing Company, 1990.
- CAMAROTTI, M. C. (Org.). **O atendimento ao bebê**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- COHEN, M. **Sent Before my Time**. Londres: Karnac Books, 2003.
- CORREA, O. B. R. **O legado familiar: a tecelagem grupal da transmissão psíquica**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2000.

- CULLERE-CRESPIN, G. **A clínica precoce: o nascimento do humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- CYRULNIK, B. **Los patitos feos: la resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida**. Barcelona: Gedisa, 2001.
- FALCETO, O. G. et al. Alerta sobre a depressão pós-parto paterna, 2012. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S.l.], v. 34, n. 7, p. 293-295. Editorial.
- GRANJON, E. Transmission psychique et transfert en thérapie familiale psychanalytique. **Grupo, Revue de Psychanalyse Groupale**, [S.l.], n. 5, p. 47-58, 1989.
- GUEDENEY, A.; LEOVICI, S. **Intervenções psicoterápicas pais-bebês**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- HOUZEL, D. Les dimensions de la parentalité. **Journal de la Psychanalyse de l'Enfant**, [S.l.], n. 21, p. 164-190, 1997.
- KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- _____; KLAUS, P. H. **Seu surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- KROB, A. D.; PICCININI, C. A.; SILVA, M. R. A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 269-291, 2009.
- LAMOUR, M.; BARRACO, M. **Souffrances autor du berceau**. Paris: Gaëtan Morin Éditeur, 1998.
- LEBOVICI, S. **Le Nourisson, la mère et le psychanalyste**. Paris: Paidós, 1983.
- LEFF, J. R. **Gravidez: a história interior**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- MAGALHÃES, A. S.; FÉRES-CARNEIRO, T. **Atravessamentos do amor na conjugalidade e na parentalidade**. 2009. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/posteres_iv_congresso/mesas_iv_congresso/mr09-andrea-seixas-magalhaes-e-terezinha-feres-carneiro.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2017.
- MENEZES, C. C.; LOPES, R. C. S. Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. **Psico-USF**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 83-93, jan./jun. 2007.
- MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento e tratamento**. [S.l.]: Artes Médicas, 1982.
- MORSCH, D. S. **Quando a vida é prematura, a interface entre o desenvolvimento afetivo e cognitivo em bebês pré-termo**. 2004. 278 f. Tese (Doutorado) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
- OIBERMAN, A. La relacion Padre-Bebe: una revision bibliográfica. **Revista del Hospital Materno Infantil Ramon Sarda**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 66-75, 1994.
- PAULSON, J. F.; BAZEMORE, S. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. **JAMA**, [S.l.], v. 303, n. 19, p. 1961-1969, 2010.
- PICCININI, C. A. et al. O envolvimento paterno durante a gestação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [S.l.], v. 17, n. 3, p. 303-314, 2004.
- PIONTELLI, A. **De feto à criança**. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- STERN, D. **A constelação da maternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SUTTER-DALLAY, A. Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. **Le Journal des Psychologies**, [S.l.], v. 8, n. 261, p. 22-25, 2008.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

WENZEL, A. et al. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. **Journal of Anxiety Disorders**, [S.l.], v. 19, n. 3, p. 295-311, 2005.

WILSON, S.; DURBIN, C. E. Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: A meta-analytic review. **Clinical Psychology Review**, [S.l.], v. 30, n. 2, p. 167-180, 2010.

WINNICOTT, D. **Textos selecionados da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

2 Os cuidados com a família: acolhimento e apoio, da gestação à alta

Objetivos:

- ▶ Sugerir estratégias de cuidados propostos pelo Método Canguru junto à tríade homem-mulher-criança, na gestação e no parto.
- ▶ Incorporar a tecnologia de atenção ao recém-nascido hospitalizado e à sua família a partir dos pressupostos do MC, em unidade neonatal.
- ▶ Oferecer subsídios para a equipe construir vias de comunicação e de relação com a família, no ambiente de trabalho da unidade neonatal.
- ▶ Discutir práticas facilitadoras da formação e do desenvolvimento dos laços afetivos entre pai, mãe e recém-nascido.
- ▶ Discutir a presença de outros integrantes da família, como avós e irmãos dos recém-nascidos internados, lembrando-se de seus papéis e de suas funções.
- ▶ Discutir as novas configurações familiares e as possibilidades de manejos e estratégias em seu cuidado e atenção.
- ▶ Discutir diferentes perdas vivenciadas pelo recém-nascido, pela família e pela equipe, formulando estratégias de atenção e cuidados em sua ocorrência.

Conceitos Básicos:

Acolhimento:

- ▶ Postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, o reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e a responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Cuidar:

- ▶ Cuidar é mais que um ato, é uma atitude; “(...) um momento de atenção, de zelo e de desvelo uma atitude de ocupação, preocupação de envolvimento afetivo, que pertence à atitude do cuidado, que se encontra na raiz do ser humano, por ser ele o próprio cuidado singular e na sua essência” (BOFF, 1999, p. 33).

Comunicação em saúde:

- ▶ Estratégia utilizada para orientar, divulgar e, sobretudo, contribuir para que pessoas ou comunidades possam reconhecer efetivamente a necessidade da promoção e da educação em saúde e da participação coletiva nas decisões de matérias relacionadas à saúde.
- ▶ Deve ser entendida de forma integralizada, considerando o sujeito na sua totalidade, suas dificuldades, seus anseios e não meramente como o repasse de informações rebuscadas (RIBEIRO; CRUZ; MARINGOLO, 2013).

Família ampliada:

- ▶ “Entende-se por família estendida ou ampliada aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e de afetividade” (BRASIL, 2009, art. 25).

Interação:

- ▶ Processo de trocas ativas entre o RN, sua mãe e seu pai, preexistentes ao nascimento. Apoiam a formação do vínculo e do apego (MAZET; STOLERU, 2003).
- ▶ Fantasmáticas – as que pertencem especialmente aos pais do recém-nascido, pois possuem conteúdos transgeracionais.
- ▶ Afetivas – experiências atuais da tríade, seus afetos.
- ▶ Comportamental – representada nas condutas e nas expressões facilmente observáveis nos parceiros da interação.

Maternagem:

- ▶ Capacidade de desempenhar as funções maternas próprias do cuidado, da comunicação, da atenção ao recém-nascido e à criança. Para Winnicott (1988), isto exige que a mãe seja capaz de se identificar com a criança e apresente um funcionamento especial – a *preocupação materna primária*. Este funcionamento compreende uma sensibilidade aumentada, permitindo àquela que desempenha a maternagem sentir como se estivesse no lugar do RN, conseguindo, com isto, adaptar-se às necessidades do filho recém-nascido.

Pertencimento:

- ▶ Experiência do RN de sentir-se fazendo parte de sua família a partir do reconhecimento por parte desta, de suas características corporais e comunicacionais com familiares. De acordo com Bowlby (2006), isto ocorre de forma recíproca mãe-bebê.

Vínculo:

- ▶ Para Bowlby (1984), é a atração que um indivíduo sente por outro indivíduo, favorecendo sua proximidade e cuidado. Permeado por sentimentos de pertencimento, ligação e interação, torna-se responsável pela promoção das relações afetivas e suas vicissitudes.

Apego:

- ▶ Tendência evolutiva básica de todos os seres humanos para estabelecer laços afetivos duradouros e específicos com outros seres humanos.
- ▶ Estratégia evolutiva vital para manter a sobrevivência ativada sempre que existir uma ameaça para o parceiro mais frágil, em nosso caso, o recém-nascido (LECANNELIER, 2009).

2.1 A unidade neonatal e a temporalidade no Método Canguru

A internação de um recém-nascido em uma unidade neonatal representa uma situação que podemos entender como **crise**. Suscita emoções, afetos, medos e fantasias que interferem no bem-estar e no conforto das relações familiares. Modifica a história desejada e repercute no processo interacional pais-bebê que teve início na gestação, facilitando prováveis riscos para a formação e o estabelecimento do vínculo afetivo.

Trata-se de um tempo e uma história diferente para todos: para esse filho que ainda não deveria ter nascido ou que chegou ao mundo solicitando um olhar especializado e para esses pais que necessitam de apoio especial.

Nesta situação, atividades de acolhimento e apoio têm importância primordial de proteção. Reconhecer o que cada um dos personagens já conseguiu realizar diante dos imprevistos com a gestação considerada de risco é fundamental para podermos ofertar o cuidado adequado. De importância vital desde a gestação, durante a permanência na unidade neonatal, seja na primeira e na segunda etapa e quando da terceira etapa compartilhada com a Atenção Básica, os cuidados propostos pelo Método Canguru configuram-se como progressivos, pois respeitam o tempo e as aquisições evolutivas destas crianças e de seus pais. Ao mesmo tempo tem como prioridade minimizar as possíveis consequências de um parto antecipado e de uma internação tão precoce na história destas famílias.

Acolher e cuidar das vicissitudes de cada um destes momentos, por meio do conhecido Projeto de Cuidados Singular, possibilita que as experiências emocionais ganhem significado e sejam elaboradas a partir das competências que a equipe reconhece e promove na família. Com isto, no momento da alta hospitalar, as dúvidas, os temores, as fantasias sobre tais experiências poderão ter sido elaboradas, facilitando o retorno de todos às tarefas e às funções familiares fora do espaço hospitalar, facilitado pelo empoderamento do protagonismo familiar provocado pelos cuidados canguru.

Neste Capítulo 2 do Módulo II, discutiremos os momentos e as possibilidades de cuidados especializados com a mulher/mãe, o homem/pai e o bebê no período gestacional e neonatal, a partir do modelo das três etapas propostas pelo Método Canguru que, como dissemos, acompanham o tempo e o desenvolvimento do filho.

As sugestões que serão abordadas a seguir, referentes ao Cuidado com a Família, têm início na primeira etapa pelo olhar diferenciado para com uma gestação que requer atenção especializada. Tais cuidados englobam tanto o acompanhamento do parto/nascimento e a ida da criança para a unidade neonatal como também o apoio aos primeiros contatos dos pais com seu filho e o início da posição canguru. A ida para a Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa) configura a segunda etapa, quando o recém-nascido recebe alta do atendimento na UTIN/UCINCo e permanece com os cuidados parentais, sempre acompanhado pela equipe integral. Na terceira etapa, discutiremos os cuidados com a família e com a criança em sua ida para a casa, compartilhados com a Atenção Básica de Saúde (ABS) até sua alta do Método Canguru.

A proposta de cuidados do MC percorre cada uma destas etapas com seus princípios básicos quanto à atenção, ao acolhimento, ao apoio à família e aos cuidados individualizados previstos pelo Projeto de Cuidado Singular criado pela equipe para cada recém-nascido e sua família. O momento em que cada uma destas crianças e seus pais estão aptos para a realização da posição canguru, isso não possui um contorno geográfico/espacial, pode acontecer ainda na UTIN/UCINCo. A denominação UCINCa apenas marca o momento em que a posição canguru ou contato pele a pele tornam-se ainda mais presentes. Este momento não prevê a retirada ou a diminuição do olhar da equipe, mas traz consigo o convite para ampliar alguns focos de intervenção. Se na UTIN/UCINCo questões clínicas perpassavam constantemente os cuidados de acolhimento familiar, nas unidades canguru vamos ter a amamentação e a ida para casa como situações de intensa exigência em nossa intervenção.

Isso provoca desafios na dinâmica de trabalho da equipe de intensivistas, propondo sua retirada da postura clínica que valoriza apenas agravos somáticos. Propõe que, para além destas, o momento evolutivo do recém-nascido é que irá provocar a intervenção, a postura, com o apoio dos pressupostos do MC. Ou seja, a ausência do risco físico, na assim chamada segunda etapa, não implica diminuição do trabalho da equipe, na verdade, ele se amplia para o apoio à autonomia materna e paterna. Da mesma forma, na terceira etapa compartilhada, teremos as descobertas da proximidade com a ida para casa, o envolvimento da Atenção Básica neste processo e nosso trabalho de facilitar sua entrada no circuito de cuidados de nossa população. Durante todo esse processo, a equipe, com seus diferentes profissionais, sejam médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros, intervêm de forma integrada garantindo à família um bom retorno para sua rotina familiar.

2.2 Cuidados com a família na gestação

Os cuidados preconizados pelo MC têm início no pré-natal por meio da parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), quando é identificado que a gestação em curso deve ser cuidada de forma especializada. Quando detectado o risco gestacional, que poderá ser fetal ou materno, esta gestante será encaminhada a instituições que oferecem o chamado Pré-natal Especializado, lembrando sempre que:

todo RN e gestante com intercorrências e/ou em trabalho de parto devem ter prioridade no atendimento. Devem ser acolhidos, avaliados e assistidos em qualquer ponto de atenção na rede de saúde onde procuram assistência, seja a unidade básica de saúde, o serviço de urgência, a maternidade ou o hospital, de modo a não haver perda de oportunidade de se prover cuidados adequados a cada caso (BRASIL, 2011, p. 22).

É importante que, nesta situação, a família possa contar com os dois atendimentos – na ABS, por meio das UBS e das Estratégias de Saúde da Família (ESFs), e na maternidade. Em função de sua história clínica, a mulher poderá permanecer internada na maternidade para cuidados e acompanhamento intensivos. Nesse período, as

atividades das ABS passam a ser de apoio ao grupo familiar, observação de necessidades dos demais filhos, caso existirem, e manutenção da rede de apoio desta gestante.

Em diferentes regiões e estados brasileiros, os serviços de referência em obstetrícia e neonatologia localizam-se apenas em centros maiores como nas capitais dos estados. Nestes, encontramos mulheres oriundas do interior ou mesmo de estados próximos que permanecem por meses internadas, pela ausência de cuidados em suas cidades de origem. Muitas delas recebem poucas visitas de amigos ou mesmo de familiares, pois moram muito distantes, o que cria demandas especiais.

Essas histórias indicam a necessidade de uma atenção diferenciada envolvendo, sempre que possível, seu companheiro e redes sociais de apoio que possam ser reconhecidas pela equipe. O risco oriundo da gestação deve ser avaliado não mais somente quanto aos aspectos biológicos, mas em relação à vulnerabilidade social e psicológica que se torna presente. Esses fatores potencializam as questões somáticas, exigindo novas abordagens das equipes obstétricas e mesmo em unidade neonatal para com estas gestantes.

Provavelmente, teremos neste grupo de mulheres um incremento de queixas somáticas, diminuição das atividades, sono, letargia ou, ao contrário, muita agitação, dificuldade em seguir as orientações da equipe, as quais devem ser observadas como sinalizadores de um pedido de ajuda e de uma necessidade de intervenção e não “desobediência, rebeldia ou má vontade”.

Alguns hospitais de referência possuem para aquelas mulheres que não necessitam de internação hospitalar, mas que também não podem retornar para suas casas, um lugar especial chamado Casa das Gestantes. Nesses locais, além do acompanhamento clínico, são realizadas oficinas com atividades ocupacionais, como confecção do enxoval do recém-nascido, grupos de conversa com o apoio de profissionais. Com frequência, acabam desenvolvendo uma identidade de grupo, criando parcerias ou grupos espontâneos de apoio, o que deve ser observado e incentivado pela equipe. Trocarão ideias, discutirão entre elas seus desassossegos por meio da empatia provocada pela experiência de uma mesma situação, o que é bastante salutar. Muitas vezes, encontram-se ou mesmo participam de atividades com as mães que se encontram na UCINCa e que já possuem tranquilidade para experimentarem novos espaços na unidade neonatal, com seus filhos na posição canguru.

O fato de pertencer a este grupo de cuidados especializados provoca outras questões. A ameaça quanto à perda ou ao nascimento antecipado de seu filho, ou demais intercorrências clínicas, pode trazer novas preocupações ou incrementar as que seriam próprias de uma gestação, mas que nesta história se tornam incômodas.

Uma delas é o aumento da ambivalência em relação à gestação. Como vimos no Capítulo 1 do módulo 2, “A conjugalidade, o casal grávido, transmissão psíquica e a construção da parentalidade”, qualquer gestação se encontra permeada pela ambivalência, sentimento significativo que, no momento do parto, ajuda a mulher a experimentar o desejo de investir e cuidar de seu filho. Existindo o risco da perda ou da não completude do tempo gestacional, aumentam as dúvidas quanto à sua capacidade reprodutiva e de sustentar uma criança em seu corpo.

Une-se a isto o estresse a cada exame, a cada solicitação médica, a cada investigação. O ultrassom obstétrico, exame que a aproxima da imagem de seu filho, pode ser vivenciado como doloroso e angustiante, pois pode trazer notícias não desejadas. As visitas médicas e de enfermagem ao leito, especialmente em hospitais de ensino, transformam-se, algumas vezes, em momentos de muita angústia, pois são marcadas por maior número de pessoas, mais indagações e discussões.

Um manejo adequado desta situação é tornar a mulher protagonista deste momento, com efetiva participação na discussão, bem como na tomada de decisões sobre seu cuidado.

O risco gestacional instala nova rotina para esta mulher, totalmente diferente daquela na qual suas preocupações se encontravam relacionadas à organização do enxoval e do espaço em casa para o RN, à organização familiar para a ajuda com a criança, aos recursos da comunidade, como creche, unidade de saúde com pediatra para acompanhamento do filho recém-nascido (STERN, 1997).

Nossa proposta para este momento gestacional, caso a mãe possa permanecer em repouso e observação em sua casa, envolve a parceria e o apoio da UBS, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), sendo cuidada pela equipe multiprofissional – agente comunitário de saúde, psicólogo, assistente social, além do enfermeiro e do médico.

Já a equipe responsável pelo Método Canguru no hospital deverá localizar estas mulheres quando de sua internação, participar das visitas médicas, formando laços de proximidade que facilitarão, num futuro próximo, o parto e a estadia do RN na unidade neonatal. Ao mesmo tempo, a discussão dos casos com a equipe obstétrica dá início a um novo cuidado compartilhado, contínuo e progressivo que vai instaurando, na mulher, segurança e confiança na instituição que a acolhe. Podemos pensar nesta estratégia como mais um processo de proteção na situação de risco em que ela se encontra.

O reconhecimento da importância da presença do companheiro na internação e no parto é outra tarefa primordial. Isso traz amparo ao relacionamento do casal, às funções parentais, oferece segurança para a mulher, melhor vinculação deste homem com seu filho e proteção quanto ao surgimento de sinais depressivos, na figura paterna. Esse investimento na figura paterna e em suas preocupações, o cuidado para com o seu lugar e suas funções devem ser prioridade das equipes já durante a gestação. Isso irá facilitar seu apoio à companheira e provocar experiências que o ajudam na estruturação e na construção da paternagem.

Tais observações vêm ao encontro das observações de Winnicott (1982, p. 68): “para se desempenhar bem a mãe necessita de apoio externo: habitualmente o marido a protege da realidade exterior e assim a capacita a proteger seu filho de fenômenos externos imprevisíveis”.

Ao protegermos a saúde biopsicossocial da mulher e também do homem nos cuidados do risco gestacional, por meio de um acompanhamento próximo do casal,

poderemos antever um melhor prognóstico. Uma rede de apoio afetiva e empática poderá lhes trazer sustentação para o enfrentamento deste momento e diminuir fatores provocadores de separações, abandono ou negligência na conjugalidade.

Consultas com o casal, ou mesmo rodas de conversa com diferentes casais que se encontram vivendo as mesmas preocupações são fundamentais. O estabelecimento da comunicação por meio de linguagem simples e clara sobre o que vem acontecendo, o esclarecimento de dúvidas e informações são necessários. Com certa frequência, iremos observar, nesses encontros, que assuntos já discutidos retornam e o que se pensava já estar claro volta à cena, exigindo novamente a intervenção, a orientação por parte do profissional. Tal comportamento, previsível, denota uma tentativa do casal ou mesmo do grupo de descobrir nas palavras do profissional uma brecha, um atalho para a possibilidade de que suas angústias e medos possam ser decorrentes de um engano e que tudo vai voltar rapidamente ao normal.

2.3 Cuidados com a família no parto

O fato de o nascimento se dar antes do tempo, ou cercado de alguns cuidados especiais, na maioria dos casos, já era previsto e tanto a família como a equipe vinham se preparando para este momento. A agitação, a pressa e a ansiedade na condução deste parto, portanto, pode obter, da equipe, melhor manejo, diferente do que acontece nas urgências, como descolamento prévio de placenta, por exemplo. No entanto, para a família, significa abandonar as últimas expectativas quanto à gestação ir a termo, dando origem a um *RN saudável, lindo e grande*.

Cabe à equipe que irá acompanhar este parto, mesmo que por breves minutos, conversar com os futuros pais, sobre o que está determinando este nascimento, evitando a ideia de que “o médico resolveu” ou então “eu não sentia nada, a equipe disse que tinha que intervir”, o que determina que muitas mulheres não utilizem a palavra parto ou nascimento nesse contexto.

Nessa situação, a preparação da mulher e de seu companheiro para receberem o filho difere muito daquela que ocorre no parto sem intercorrências, tanto por saberem que será um recém-nascido “pouco responsivo” como pelo fato de que as diferentes fases dos processos biológicos e psíquicos de ambos (mulher e homem) poderão não ocorrer. Momentos preciosos do final da gestação que aproximariam esta dupla e mesmo toda a família do bebê real não puderam ser vivenciadas, ou não puderam ser experimentadas como uma preparação para esta chegada. Temos, assim, uma mulher e um homem prematuros e um recém-nascido que também “não está pronto” para as inúmeras solicitações que lhe serão feitas, exigindo, para sua sobrevivência, cuidados especiais (ZORNIG; MORSCH; BRAGA, 2003), ou então uma história que se presentifica marcada por dificuldades de comunicação com o bebê, com sua aceitação e possibilidade de enfrentamento.

2.4 A chegada à unidade neonatal

Os integrantes da família experimentam emoções muito diversas quando da internação de um recém-nascido. O somatório dessas vivências pode determinar dificuldades de aproximação e comunicação no momento ou mesmo no futuro. Um cuidado adequado irá ajudar na elaboração e na resolução das dificuldades ocorridas neste período, o que pede uma participação bastante efetiva da equipe com uma profunda delicadeza com o RN, e também com sua família.

É fundamental lembrarmos que, por trás de cada recém-nascido, há uma história familiar que repercute na forma como este é visto e recebido pelo grupo familiar. É preciso um tempo de proximidade com este RN para que a família vá descobrindo, em suas expressões, mesmo que rudimentares, sinais que permitam surgir o sentimento de pertencimento, que irá garantir sua inclusão na família.

2.4.1 Cuidados em torno do nascimento e primeiros momentos do RNPT/BP na unidade neonatal

- ▶ A participação do pai, que já se iniciou no pré-natal, deve continuar sendo incentivada, tanto no apoio à sua companheira como na participação efetiva na chegada do filho.
- ▶ A apresentação do RN aos pais, ainda na sala de parto, mesmo que rapidamente, permitindo que ambos o toquem e o acariciem é fundamental. Diante da separação pela necessidade de internar em unidade neonatal, o recém-nascido já foi visto pelos pais, que têm dele uma imagem inicial, antes de voltar a encontrá-lo na incubadora.
- ▶ Caso o pai do recém-nascido não esteja presente, a mulher deverá indicar uma pessoa de sua livre escolha para acompanhá-la durante o nascimento do filho.
- ▶ Não existindo nenhum acompanhante disponível, o trabalho de doulas pode ser considerado. Onde este trabalho não se encontrar estabelecido, um profissional do local de nascimento deve estar atento para as necessidades desta mulher. É muito importante que esta tarefa seja desempenhada de forma não invasiva, delicada e capaz de oferecer apoio ao protagonismo materno.
- ▶ Após o parto, a mulher necessita de um período para sua recuperação. Isto lhe deve ser possibilitado e, para que ela possa se sentir segura, o pai do recém-nascido ou a pessoa que a acompanhou durante o parto deve ser convidada a ir até a unidade neonatal acompanhar a criança.
- ▶ O pai, ou acompanhante, é o primeiro a entrar na unidade neonatal e a ter contato com a equipe e com o filho. Ele é quem será o arauto das primeiras informações para o restante do grupo familiar. Isso, sem dúvida, o coloca num papel especial nesse momento. Seus afazeres multiplicam-se pelas cobranças impostas por outros membros da família, pelas solicitações da equipe de Saúde e pela necessidade de suporte à mulher e ao recém-nascido (BRAGA; MORSCH, 2004).

O cuidado com o pai neste primeiro contato com o RNPT/BP na unidade neonatal é fundamental. O profissional deve apresentar-se e disponibilizar-se para estar com ele nos primeiros instantes, esperar que ele veja o seu filho, deixando-o observar sem nada comentar. Não é recomendável pressa em dar informações, é mais importante perguntar sobre suas dúvidas e respondê-las de forma clara e com o uso mínimo de termos técnicos.

Em situações de maior gravidade e urgência, serão apresentadas ao pai as preocupações da equipe, e um profissional deve acompanhar o pai para, com ele, notificar a mãe.

Sugere-se que as notícias, especialmente as que se referem a uma maior preocupação da equipe, sejam sempre oferecidas à dupla parental ou então à mãe e algum acompanhante, buscando reforçar que ela, mulher/mãe, não se encontra sozinha, mas possui pessoas próximas, além da equipe, que estarão partilhando com ela esses acontecimentos.

A mãe, após o parto, quando o recém-nascido é levado para a unidade neonatal, vivencia momentos de medo, vazio, solidão, frustração por não ter gerado uma criança a termo, que corresponderia ao seu desejo e às suas representações. Sem o seu filho, muitas vezes sem acompanhante e sem notícias, não é raro que pense que estejam lhe escondendo ou negando informações.

A visita de um membro da equipe, para lhe trazer informações sobre os cuidados que o recém-nascido vem recebendo, mantém sua aproximação com o filho e instala sua proximidade com a equipe. Vale ressaltar que a postura do profissional de saúde deve ser, sobretudo, de escuta para que possa detectar e responder às dúvidas da mãe. É nesse momento que se dá o primeiro passo para o estabelecimento de relações com a equipe que está cuidando do RN e que fazem parte do início da primeira etapa do Método Canguru (LAMY; GOMES; CARVALHO, 1997).

2.5 O primeiro encontro com o recém-nascido

No primeiro encontro com o filho na unidade neonatal (UTI neonatal ou UCINCo), os pais encontram um ambiente estranho e, muitas vezes, assustador. As dúvidas que existem nem sempre conseguem ser elucidadas num primeiro contato. Embora existam orientações no sentido de seu livre acesso, de incentivo ao contato destes com o recém-nascido e a preocupação de mantê-los informados, eles encontram uma equipe atarefada e um bebê real diferente do imaginado (LAMY; GOMES; CARVALHO, 1997).

Mesmo que o tenham visto na sala de parto, tudo é diferente. A visão desse ambiente somada a um momento psíquico de maior vulnerabilidade familiar, a existência de sentimentos de culpa pelo nascimento prematuro ou pela presença de questões clínicas no filho, sua aparente fragilidade, podem dar lugar a uma experiência de desamparo.

O primeiro encontro entre a mãe e seu recém-nascido é um momento único, que deve ser cuidado respeitando sempre as diferenças individuais de cada mulher. Neste momento, ou em muitos outros, ainda não temos as informações necessárias sobre a vida desta família, seus recursos, suas possibilidades de enfrentamento a uma experiência como esta. Respeitar a forma de cada uma dessas mulheres se comportarem nesses momentos é essencial (LAMY; GOMES; CARVALHO, 1997).

Cabe à equipe facilitar a aproximação, orientando a possibilidade de tocar, de falar, de cantar para seu filho, mas sempre compreendendo que nem todas as mães estão prontas para responder com atitudes supostamente padronizadas para a maternagem nesses primeiros encontros. Para algumas, esse momento é extremamente difícil, sendo necessário que elas se sintam respeitadas para realizar essa aproximação no tempo que lhes for mais adequado, sem qualquer imposição ou pré-julgamento por parte da equipe de Saúde.

Pode-se pensar o quanto uma atenção cuidadosa oferecida pelos profissionais de saúde nesses primeiros momentos poderá reduzir ansiedades e medos. Observar e escutar sobre seus temores e preocupações, para depois lhes oferecer informações sobre a rotina, sobre os aparelhos e sobre os cuidados que cercam seu filho, poderá, em muitos casos, facilitar a relação tão especial que deverá surgir com a equipe de Saúde.

Ao receber um bom suporte, a mãe vai lentamente se adaptando à rotina do ambiente, podendo cuidar de seu filho e desmistificar a percepção do recém-nascido como alguém muito fragilizado. Esse caminho permite que, gradualmente, ela fique mais próxima, tocando-o, cuidando até o momento em que possa acolhê-lo na posição canguru. *Dessa forma, ela sente o bebê como seu*, pois passa a reconhecer seu jeito de ser, suas condutas pelo resgate da proximidade e da intimidade corporal e pelo significado que ela consegue observar em seus gestos, em suas expressões faciais, enquanto o observa na incubadora, nos cuidados da equipe, na aproximação que tem com ele. Isso tudo faz parte de sua participação na formação da experiência de pertencimento que ambos, mãe e filho, devem experimentar (FERNANDES et al., 2011).

2.6 A comunicação entre a família e a equipe de saúde

Visando ao sucesso da relação entre a equipe e a família, é importante despertar nos profissionais a compreensão do quanto esta interação é protetora da ligação familiar com o RN e para o desempenho das atividades de cuidado e atenção com o recém-nascido. Uma informação inadequada em um momento impróprio pode interferir num processo interativo familiar em formação e na relação com a equipe. Vale lembrar que a internação de um filho recém-nascido significa uma interrupção na regularidade da vida sendo, muitas vezes, impossível esperar coerência dos pais nessa situação. O passo em direção a uma melhor relação deve ser dado sempre pelos profissionais, que neste local são os maiores representantes da saúde (LAMY; GOMES; CARVALHO, 1997).

Para que exista um bom processo de comunicação, a equipe deve se preocupar com o grau de compreensão que a família tem sobre as informações recebidas. As principais dificuldades que surgem nessa área decorrem muitas vezes de informações

excessivas, muito técnicas, ou, ainda, de ausência de informação. Além disso, existe sempre o medo da família de receber uma notícia ruim. A equipe não deve antecipar prognósticos. Melhor do que falar muito é ouvir para informar a partir das necessidades e do funcionamento de cada família.

É aqui que lembramos a importância da capacidade empática da equipe nos cuidados e no manejo com os diferentes integrantes da família, conseguindo assim aproximar-se de suas experiências. Tendo estas informações dentro de si, estará mais apta a trocar informações capazes de facilitar o relacionamento e a confiança familiar que o recém-nascido necessita e vem recebendo.

Da parte da família, vários são os caminhos possíveis para o enfrentamento desta situação, inclusive o que leva a dupla parental a se debruçar, num primeiro momento, sobre os prontuários médicos e a insistir em debater com a equipe sobre quais procedimentos seriam mais adequados para cuidar do seu filho. Muitas vezes, esta atitude dos pais não é bem aceita pelos profissionais de saúde que os acusam, mesmo que de forma implícita, de estarem se imiscuindo em um campo que não lhes é próprio, em vez de se dedicarem aos cuidados básicos para com seus filhos (MORSCH; BRAGA, 2007).

De fato, o que está acontecendo é uma tentativa destes pais de se aproximar e de buscar domínio sobre um universo totalmente estranho que agora faz parte de sua realidade. Temos pensado em relação a estas condutas lembrando a “*preocupação médica primária*” descrita por Agman, Druon e Frichet (1999), e ampliamos sua compreensão oferecendo a ela um valor adaptativo e evolutivo. Ou seja, a não possibilidade dos pais, especialmente da mãe, de experimentar de forma ampla a chamada “*preocupação materna primária*”, tão bem descrita por Winnicott (1988), exige outros fenômenos psíquicos que a leve a entender as necessidades do filho RN. Tenta, então, se apropriar da história real buscando, por meio das falas da equipe, dos escritos da equipe (prontuários), encontrar pistas que lhe indiquem caminhos de reconhecimento deste recém-nascido. Vencidos esses primeiros desafios, e na medida em que for se familiarizando com o ambiente da UTI, descobre, com seu companheiro, como exercer a função parental, compartilhando o cuidado do RN com a equipe.

Todas as questões anteriormente contempladas constituem a primeira etapa do Método Canguru. Ao final desta, a mãe estará mais preparada para a segunda fase, que envolve sua readmissão no hospital e sua participação integral (24 horas, se assim desejar) nos cuidados do recém-nascido. Nossa experiência tem mostrado que a possibilidade de esta primeira etapa se desenvolver de forma adequada permite melhor aceitação da família para a participação na segunda etapa, o que irá proteger o RN para as novidades propostas por seu desenvolvimento. O contrário também nos parece verdadeiro, daí a importância do cuidado extremamente dedicado à família na primeira etapa na unidade neonatal.

2.7 A Unidade de Cuidados Canguru – UCINCa



A segunda etapa do Método Canguru ainda é hospitalar. Nela, parte essencial do Método, a mãe e o seu filho permanecem juntos na UCINCa e, gradativamente, preparam-se para a alta hospitalar. A proposta para a participação da mãe nesta unidade deve ser feita ainda na primeira etapa.

O fato de a mãe mostrar dificuldades para sua participação na UCINCa deve ser bem avaliado pela equipe com investimento de um trabalho psicossocial. Sabemos da existência de dificuldades concretas, como outros filhos que dela necessitam, familiares doentes, entre outras. No caso de dificuldades emocionais, devem ser indicados cuidados psicoterápicos e apoio. Outra questão fundamental é avaliar como a equipe vem se dirigindo a esta mãe, o que ela lhe provoca, pois, mesmo se desejar, podemos estar impedindo sua participação em função de questões relativas à nossa avaliação ou ao nosso relacionamento com ela.

Para aquelas mães que apresentam restrições ao contato pele a pele, ou não possuem disponibilidade para permanecer no hospital, o recém-nascido irá receber cuidados na Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo), enquanto a família se organiza. Deve ficar claro para a mãe que sua permanência no hospital, apesar de muito importante, não é obrigatória. Todas as condições devem ser oferecidas para que ela permaneça ao lado do filho pelo maior tempo possível, sendo estimulada a posição canguru e o cuidado com o aleitamento materno. Entretanto, a sua presença deve ser solicitada em tempo integral nos dias que antecedem a alta hospitalar, principalmente no sentido de regular a produção de leite à necessidade do RN, promover maior aproximação com o filho e garantir a oferta de orientações quanto aos cuidados necessários na terceira etapa.

Na UCINCa, o recém-nascido deve permanecer na posição canguru com a mãe, pelo maior tempo possível. Eles podem circular pelas dependências da unidade neonatal, ir até mesmo ao refeitório. Para dormir com o filho em contato pele a pele, a mãe é orientada a permanecer em posição semissentada (suave encosto). A supervisão e o apoio são realizados durante as 24 horas pela equipe (BRASIL, 2013).

As orientações quanto aos cuidados e aos manuseios do recém-nascido são reforçadas pela equipe multiprofissional. As características individuais da criança são ressaltadas, destacando-se seus “sinais de alerta”, o que permite à mãe conhecer melhor o seu filho e avaliar positivamente suas competências maternas.

A grande maioria das maternidades que vem utilizando o Método Canguru conta hoje com uma boa estrutura a ser disponibilizada às mães – banheiros próximos, salas de descanso ou de atividades manuais, servindo ainda de sala social para receberem familiares, amigos, internet, lavanderia de acordo com a norma técnica para a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido (BRASIL, 2007).

Uma proximidade maior e um tempo de contato extenso com o recém-nascido fazem surgir novas questões para a mãe e para a equipe. Muitas vezes, ela pode sentir que seu filho ainda está sendo dividido com o hospital, apesar de ser solicitada a realizar seus cuidados. Ou, ainda, observa-se que se sente mais à vontade com alguns plantões e com outros se mostra quieta, solicita menos.

Podemos pensar que suas inquietações e o cansaço frente às exigências das últimas semanas ou meses, num ambiente não familiar, podem provocar tais condutas. Uma escuta atenta, compreensiva, em relação a tais sentimentos oferece a ela a experiência de estar sendo “maternada” pela equipe, o que poderá servir de modelo na interação com sua criança.

É importante destacar que todo o apoio ofertado pela equipe deve ser orientado no sentido de favorecer a competência materna, o processo da maternidade. Cuidado especial deve ser tomado diante de mães adolescentes para que a equipe, no sentido de oferecer proteção a ela e ao recém-nascido, assuma uma postura de não promover seu desempenho quanto às funções maternas.

A partir do momento em que a mãe se sentir confiante, a equipe propicia que ela assuma todos os cuidados próprios da maternagem, apoiando e orientando apenas quando necessário, em face de outros cuidados que irão continuar no domicílio e para os quais ela precisa se sentir capacitada.

2.7.1 Atividades de apoio



A garantia de outros espaços e atividades que favoreçam a permanência da mãe no hospital contribui para sua melhor ambientação. A criação de oficinas de trabalhos manuais, de atividades práticas ou de discussões que possibilitem a troca de experiências entre o grupo de mães participantes do Método Canguru é sempre indicada. Em relação aos trabalhos manuais, uma ideia bem-sucedida refere-se à confecção de objetos ou roupas para o recém-nascido. Enquanto costuram, cortam, recortam, dão pontos, colam o que vai ser usado pelo filho, elas vão construindo o próprio bebê (LE BRUN; ZORNIG, 2005). Para Baltazar (2010, p. 14), trata-se de:

espaço lúdico para as mães com o objetivo de confeccionar objetos para o bebê, ainda durante sua internação na UTI/UCIN neonatal. As mães produzem blocos de anotações temáticos onde relatam sua experiência da permanência no hospital e ganhos do recém-nascido, porta objetos, lembranças para o pós-alta, o nome do filho em material reciclado para ser colocado no quarto, entre outros, que são pensados e propostos a partir da premissa da construção de um vínculo com o RN e sua expectativa de alta. A “atividade” manual é entendida em seu aspecto motor, emocional e social.

No entanto, são atividades cuja frequência deve ser dosada. É fundamental que existam períodos em que a mãe, ou ela e o pai, permaneçam com seu filho, na posição canguru, de forma privada, sem muitas intervenções da equipe.

Durante o tempo em que a mãe necessita estar tão disponível para o recém-nascido, o apoio da família a faz se sentir amparada. A presença do companheiro, em todo o processo da internação, reforça e nutre todos os investimentos que ela realiza em relação ao filho. Portanto, o pai deve ser estimulado a colocar a criança em posição canguru, permanecer pelo período que for possível na UCINCa. Isso propicia a todos (mãe, pai e bebê) uma saudável interação compartilhada. Para o RN, serão

possibilitadas novas experiências proprioceptivas, perceptivas e, portanto, cognitivas, além das afetivas. Para o pai, será facilitado um contato diferente que trará como repercussão uma proximidade maior com seu filho. Já para a mãe, será possível sentir-se acompanhada e segura nas tarefas de maternagem.

Temos, em alguns hospitais de referência para o Método Canguru a participação integral do pai na UCINCa. Com isto, o recém-nascido permanece mais tempo na posição canguru, pois ambos se revezam. De qualquer maneira, sua presença diária, mesmo que não integral, permite que durante sua estada na UCINCa ele realize a posição canguru, pelo tempo que se sentir disponível, aproveitando este contato mais íntimo e privado com o filho.

É importante salientar que, nas unidades neonatais com presença integral da figura paterna, não têm sido observadas dificuldades quanto à sua presença da parte das demais mães ou familiares que se encontram na mesma enfermaria ou quarto compartilhado. A criteriosa postura da equipe quanto à função que ele executa, neste momento, reforça a paternalidade e protege seu lugar junto ao filho. Estimulado a participar dos cuidados de rotina, como troca de fralda, contato pele a pele, permite à sua mulher alguns períodos de descanso e autocuidado.

Dias (2003, p. 138), revisando e discutindo a obra winnicottiana, nos diz que:

as mulheres que acabam de ter os seus bebês, encontram-se, elas mesmas, necessariamente em estado de dependência. Para desempenhar bem a sua tarefa, ela necessita sentir-se amada na sua relação com o pai da criança, e aceita nos círculos familiares assim como nos mais amplos, que constituem a sociedade.

E logo depois: “O pai pode ser muito útil como duplicador dos cuidados maternos e, neste papel, ele tem algo de seu a acrescentar ao seu filho...” (DIAS, 2003, p. 139).



Quando estivermos com casos em que a permanência na UCINCa é longa, podemos avaliar com a mãe a possibilidade de passar uma noite ou um final de semana em casa, fazendo companhia ao marido, conversando e cuidando dos demais filhos ou apenas para descansar. Isso permite que ela se sinta apoiada e cuidada como mulher e não apenas como a mãe de uma criança que se encontra na unidade neonatal.

Nesta situação, caso a mãe sinta-se mais confortável, podemos convidar alguém significativo para permanecer com o seu filho. Assim, uma avó, uma tia ou madrinha pode acompanhá-lo neste dia por um período mais longo. No entanto, a posição canguru deve ser utilizada somente com os pais, podendo, no entanto, a pessoa em questão permanecer com o recém-nascido em seu colo. Nessa situação, tanto a equipe como a família informam ao bebê sobre a ausência da mãe neste período.

Salientamos que, aos poucos, com a proximidade da terceira etapa, a equipe deve ir observando o funcionamento materno e familiar para realizar orientações, pequenas pontuações sobre a ida para casa, cuidados específicos que deverão se realizar longe do espaço hospitalar.

2.8 A terceira etapa compartilhada – a ida para casa

O Método Canguru avançou muito em sua atenção para com os RNs, no momento em que são encaminhados para seu domicílio (terceira etapa). Atualmente, a equipe do hospital, com as equipes da Atenção Básica (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), acompanha este recém-nascido, de maneira compartilhada, até que ele atinja o peso de 2.500 g (no caso do RNPT ou de BP) e esteja apto para receber alta da terceira etapa e, portanto, do Método Canguru. Ao mesmo tempo realiza avaliação da mãe, observando que ela se encontra apta a desempenhar os cuidados necessários no caso de crianças com questões clínicas ou desenvolvimentais especiais.

O cuidado com esta criança e sua família prevê um olhar diferenciado que apoie as mudanças próprias deste momento. Assim como os pais devem ser bem preparados para a ida para a casa, o RN também necessita de informações. Cabe aos pais e mesmo aos profissionais conversarem com ele sobre o que irá encontrar em casa, sobre as novas sensações e novas experiências que irão ocorrer. Barulhos, cheiros, vozes, temperatura, tudo se modifica, e a criança deve ser auxiliada a dar conta de tantas novidades.

O contato entre a equipe hospitalar e da AB deve ser iniciado ainda durante a segunda etapa, permitindo troca de informações que beneficiem tanto a atenção das necessidades desta criança e de sua família como permitindo um cuidado integral por meio destas duas grandes equipes. O objetivo maior é que, nesse período em que a criança passa a mostrar possibilidades de permanecer em casa sob cuidados dos pais, ela receba alta hospitalar, mas com a garantia de retorno assegurado ao surgirem sinais desta indicação.

A equipe responsável pela terceira etapa, na maternidade, realiza consultas programadas, mas possui agenda aberta para receber a criança a qualquer hora do dia ou da noite. Ao mesmo tempo, esta criança começa a ser vista pela equipe da UBS e recebe

visitas das demais equipes da AB. Este seguimento compartilhado contribui para uma alta gradativa e tranquila dos cuidados hospitalares para cuidados propostos na comunidade. No entanto, durante esse período, serão sinalizadas todas as preocupações quanto à observação criteriosa de determinados sinais indicativos do encaminhamento a especialistas, sejam eles da clínica ou da reabilitação (BRASIL, 2015).

Ao mesmo tempo, lembramos que os cuidados quanto à manutenção da posição canguru, com a amamentação, a vacinação, o comparecimento às consultas marcadas, a realização dos exames indicados, devem ser preocupação de ambas as equipes que compartilham a terceira etapa – a do hospital e da UBS. Por outro lado, modifica-se a rotina da mãe e do RN. Em alguns casos, o apoio familiar ou social esperado não está disponível (BRASIL, 2015). Isso traz mais solicitações às equipes da Atenção Básica, que deverão mobilizar recursos na comunidade para o apoio materno.



2.9 A participação da família ampliada

2.9.1 O lugar e as funções dos avós

O acolhimento à família, na unidade neonatal, pressupõe que outros familiares participem dos cuidados do recém-nascido e de seus pais. Para tal, os avós possuem um lugar privilegiado, pois desempenham tarefas de apoio na atenção ao RN, aos demais filhos do casal, para dar continuidade aos diferentes compromissos extra-hospitalares da rotina de qualquer família. Especialmente a avó materna é solicitada a participar de forma mais intensa, pois suas funções implicam um cuidado diferenciado com sua filha/mãe do RN (BRAGA et al., 2001).

No momento em que uma mulher se torna mãe, as figuras de maternagem com quem ela convive são elementos primordiais como modelos no desempenho da maternagem. Da mesma forma o pai retorna às aprendizagens que viveu junto ao seu próprio pai (STERN, 1997; COUTINHO; MORSCH, 2006), encontrando assim

referenciais para desempenhar a paternagem. São essas experiências e registros afetivos que, nesta situação, funcionam como tramas afetivas auxiliares na construção das redes de apoio para o enfrentamento das solicitações que experimentam no desempenho da parentalidade.

Mesmo quando encontramos disfunções familiares, os avós devem ser estimulados a participarem dos encontros com o recém-nascido e com a equipe. É possível que esta participação se torne mobilizadora, permitindo a avaliação e a ressignificação de situações e emoções passadas, implicando a melhoria da qualidade das relações atuais. Existindo boas relações familiares, elas intervêm positivamente nos cuidados que demanda este RN. Existindo falhas e atritos na comunicação afetiva familiar, tais encontros com o cuidado da equipe podem se tornar vias de construção de novos caminhos afetivos familiares. Tais visitas, portanto, não podem ser entendidas como sociais, pois caracterizam-se por serem profiláticas e terapêuticas, cabendo à equipe facilitar sua ocorrência na busca de superação de entraves porventura existentes.

A observação do papel dos avós nas unidades neonatais tem mostrado que sua participação facilita o surgimento da preocupação materna primária, fator primordial para o desempenho da maternagem, em detrimento da *preocupação médico primária*. A mulher/mãe, resgatada e apoiada por sua principal figura de maternagem, pode, então, encaminhar-se mais capacitada para as experiências próprias da relação mãe-bebê.

Por outro lado, acreditamos ser importante que, desde o início da internação, exista orientação por parte da equipe para que os pais reforcem seus contatos com a família ampliada. Estes, com a compreensão do processo em que seus filhos se encontram, tornar-se-ão mais susceptíveis às suas necessidades de suporte e atenção.

Assim, os pais e os avós podem entender a separação transitória do RN, conhecer os cuidados e as intervenções realizadas na unidade neonatal e, juntos, diminuir preocupações e ansiedade. Olhando para o neto, observando o trabalho realizado pela equipe, avaliam os sentimentos dos pais, seus filhos, e entendem o tempo e o ritmo do RN. Confirmam para os filhos e para o recém-nascido os laços de pertencimento familiar e com isto provocam o investimento parental. Somente estando próximos é que os avós, ou mesmo outros familiares, podem se tornar grandes companheiros da equipe no que diz respeito à estimulação dos pais nos cuidados com o RN (ROCHA; LAMY; FERREIRA, 2005).

“As mães apontam para uma mudança no olhar que enviam aos seus bebês bem como ao serviço como um todo, a partir da experiência da entrada dos avós” (ROCHA; LAMY; FERREIRA, 2005, p. 14).

Realizar grupos de conversa com os avós, antecedendo a entrada na unidade neonatal, traz bons resultados. As trocas de experiências, os comentários sobre condutas semelhantes que relatam sobre seus filhos, as dúvidas, os temores que podem mais livremente discutir sem a presença deles, permitem que a equipe os informe e os oriente quanto à sua participação na unidade neonatal. Nesses encontros, são

frequentes os pedidos de orientações quanto aos manejos dos demais netos, a busca de informações sobre questões clínicas do neto internado. Além disso, são comuns conversas sobre a adequação e a facilitação de suas novas funções dentro do grupo familiar. Questões estas que solicitam da equipe manejos adequados para que não ocorram mal-entendidos quanto ao que querem e desejam os pais da criança.

Tais grupos viabilizam também orientações quanto à conduta exigida no espaço da unidade neonatal, especialmente indicações sobre os cuidados para entrada neste espaço como: retirada de anéis, pulseiras, relógios, lavagem das mãos, evitar visitas aos demais RNs. Essas orientações da equipe, no grupo, podem ser melhor discutidas e justificadas, permitindo maior tranquilidade da equipe em relação ao conforto de todas as famílias nesse espaço compartilhado.

Pensamos que cada unidade neonatal irá desenvolver as atividades com a família, propostas pelo Método Canguru, a partir de suas possibilidades. O horário marcado ou o acesso livre dos avós, a realização do grupo de conversa devem ser critério de cada serviço. Porém, é fundamental que haja disponibilidade de membros da equipe para intervenções e orientações no sentido de oferecer segurança tanto a esses novos parceiros/integrantes da rotina das unidades neonatais como para com a segurança nos cuidados com o recém-nascido.

A entrada dos avós e também dos bisavós na unidade neonatal traz consigo um outro grande valor: as histórias familiares. Encontramos aqui o grande diferencial quanto à sua participação e àquela dos demais integrantes das redes de apoio como amigos, vizinhos, que também possuem seu valor e seu lugar no decorrer desta história. Os avós e os bisavós detêm os legados da história familiar, carregam consigo e junto aos filhos os recursos, as possibilidades, os estilos conhecidos de receber e cuidar de um RN. O mesmo não ocorre com amigos, vizinhos, cuja proximidade com a família é mais recente e envolve outras relações que confirmamos como extremamente importantes, mas que possuem outros meandros relacionais.

Assim, os avós e os bisavós, ao compartilharem com a equipe as formas das famílias conduzirem acontecimentos familiares como a chegada de um recém-nascido, uma hospitalização, maneiras de se darem as relações afetivas, permitem à equipe entender algumas atitudes maternas e paternas. Sinalizam sobre dificuldades relacionais ou sociais nas quais a equipe de Psicologia ou do Serviço Social atuam, intervindo na dinâmica familiar ou mesmo em aspectos sociais desta família (PEIXOTO et al., 2012).

Por outro lado, é esse grupo que participará de forma mais ativa nos cuidados com o recém-nascido em casa, no apoio à amamentação, na manutenção da posição canguru, nas consultas de acompanhamento na UBS e, nos ambulatórios especializados (seguimento). Isso só será possível se os avós estiverem conscientes das necessidades dos seus netos, e tiverem tranquilidade quanto à sua função na família, pois puderam vivenciar que o trabalho da equipe não usurpou o seu lugar, mas na verdade os empoderou para seu melhor desempenho.

2.9.2 Participação dos irmãos



Da mesma forma, os irmãos dos recém-nascidos devem ser participantes ativos da internação. Muitas vezes, seu envolvimento durante a gestação foi intenso, no que se refere às expectativas e aos sentimentos diante da chegada de um RN na família (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000). Com grande frequência, fica difícil compreenderem a ausência da mãe e o que levou seu irmão a um nascimento “diferente” e que requer tantos cuidados. Assim, o Método Canguru propõe que venham até a unidade neonatal, conheçam a equipe, o lugar em que seu irmão se encontra, descubram o motivo da ausência dos pais. Para que isso ocorra, os pais são orientados sobre o funcionamento desses encontros e lhes é explicado que ocorrerão apenas a partir de sua aceitação (MORSCH; CARVALHO; LOPES, 1997).

Diante da concordância dos pais, os irmãos serão convidados a virem até a unidade neonatal. Durante esses encontros, profissionais, preferencialmente psicólogos, irão realizar atividades lúdicas a partir das quais será decidido individualmente, com cada uma das crianças, a ida ou não até o leito do irmão. Algumas crianças preferem não entrar na primeira ou na segunda vez que vêm até a unidade neonatal. Isso não é algo com que a equipe deva se preocupar, mas sim aceitar e aguardar o momento indicado pela própria criança. Por isso, a adequação de sempre termos uma dupla de profissionais nesta atividade pois, nenhuma criança pode ficar desacompanhada na maternidade.

A experiência de duas décadas em algumas instituições brasileiras com este programa de visitação tem ensinado que não há risco de contaminação quando são respeitadas orientações gerais, como lavagem de mãos, ausência de viroses e lesões de pele. Da mesma forma, se estas crianças estiverem acompanhadas e orientadas, não existem riscos quanto a possíveis comportamentos inadequados. Mesmo

crianças pequenas ou aquelas com distúrbios de desenvolvimento (portadoras de quadros com repercussões comportamentais e cognitivas), são beneficiadas dessa participação.

A visita dos irmãos é indicada, diminui a ansiedade dos demais filhos, os deixa mais seguros quanto ao seu lugar na família e pode ser considerada como uma atividade protetora quanto às dificuldades afetivo-comportamentais que podem surgir neste período. Durante a internação do irmão, é possível surgir distúrbios de conduta, queixas escolares quanto à aprendizagem ou socialização, ou estes, se já existentes, podem se exacerbar (MORSCH; BRAGA, 2003). Muito comum o surgimento de irritabilidade com os pais e mesmo com os avós, baixa autoestima e sinais de tristeza, dificuldades no sono. Provavelmente, essas manifestações são decorrentes do sentimento de culpa pelo fato de o recém-nascido estar no hospital, dos pais dedicarem-se menos a ele, o que pode ser entendido como consequência de seus sentimentos agressivos e de não aceitação diante da notícia da chegada de um irmão.

Para trabalhar tais questões, programas com atividades lúdicas, conversas sobre a situação do RN, respostas reais e adequadas ao momento evolutivo das crianças são fundamentais. Somente assim elas utilizam essas experiências como instrumentos capazes de fortalecer seus laços familiares e compreenderem que não determinaram esta situação. O fato de serem convidados e respeitados pela equipe, esta informa que não possuem nenhuma preocupação quanto a sua proximidade com o irmão/bebê. Ou seja, não o consideram perigoso para com o recém-nascido.

Não há limite de idade para a vinda dos irmãos, podendo ser uma criança ou mesmo um adulto. Obviamente, o manejo de cada faixa etária se diferencia, atendendo à idade de cada uma destas crianças, adolescentes ou adultos. Além das questões individuais, as crianças pequenas ficarão menos tempo junto ao irmão que aquelas de idade escolar, por exemplo. Irmãos com distúrbios neurocomportamentais deverão ser recebidos em horário especial a fim de terem um acompanhamento mais próximo (MORSCH; DELAMONICA, 2005). Por outro lado, um dos pais, ambos ou mesmo uma das avós poderá participar dos encontros, para maior tranquilidade da família. Lembramos que, no encontro dos irmãos, pelo menos um dos pais deverá estar presente.

A existência de novas famílias com os novos casamentos dos pais traz consigo irmãos adultos ou adolescentes junto a irmãos menores. Instalam-se, assim, jogos fraternos muito interessantes, mostrando o quanto esta relação é permeada por sentimentos únicos e especiais de cumplicidade, de privacidade, de afetos e também desafetos.

Sugerimos que haja um horário comum para a chegada dos irmãos, permitindo que, ao formarem um grupo, possam observar outras crianças, iguais a eles e que estão vivendo o mesmo. É muito importante disponibilizar, num primeiro momento, material de desenho, bonecos, sondas, algodão, caixas plásticas que lembrem incubadoras, permitindo que brinquem de serem médicos, enfermeiros, cuidem dos bebês e se preparem ludicamente para a visita à unidade neonatal. Estimular que levem consigo um desenho para presentear o RN, realizado enquanto conversavam com os novos amigos e equipe, deixa-os mais seguros.

Esse desenho deve ser colocado próximo ao recém-nascido, permanecer com ele para que, na próxima visita, o irmão possa encontrá-lo e observar que seu lugar está sendo preservado e cuidado pela equipe. Da mesma forma, esse desenho acompanha as mudanças de local do RN. Podemos também montar, na sala de espera, um quadro de exposição com outros desenhos, bilhetes das crianças participantes deste programa, o que faz com que outros visitantes da unidade neonatal os visualizem, observem e possam avaliar a importância dessa participação familiar.

Como última recomendação, sugere-se que esta atividade seja realizada por um psicólogo, mas entendemos que, na ausência deste, cada equipe deve identificar outro profissional que possua boa experiência com crianças e que se disponibilize para esta tarefa, entendendo que a sua não realização pode determinar dificuldades significativas na relação fraterna e conseqüentemente na relação familiar. Este encontro fraterno muitas vezes é o grande facilitador da aproximação dos pais com o filho internado. Ao observarem as trocas ocorridas entre o recém-nascido e seus irmãos se presentificam experiências familiares de intimidade e proximidade que facilitam a vinculação. (MORSCH; DELAMONICA, 2005).

Referências

- AGMAN, M.; DRUON, C.; FRICHET, A. Intervenções psicológicas em neonatologia. In: WANDERLEY, D. B. (Org.). **Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade**. Salvador: Ágalma, 1999. p. 17-34.
- BALTAZAR, D. V. S.; GOMES, R. F. de S.; CARDOSO, T. B. D. Atuação do psicólogo em unidade neonatal: rotinas e protocolos para uma prática humanizada. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 2-18, jun. 2010.
- BOFF, L. **Saber cuidar: a ética do humano: compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- BOWLBY, J. **Apego: a natureza do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1984. v. 1. (Coleção Trilogia Apego e Perda).
- _____. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- BRAGA, N. de A. et al. Maternagem ampliada: a transgeracionalidade em UTI neonatal. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 37, n. 7, p. 312-317, 2001.
- BRAGA, N.; MORSCH, D. Cuidando da família: maternagem ampliada (pais, irmãos e avós). In: MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. de A.; CARVALHO, M. de. (Org.). **O recém-nascido de alto-risco: teoria e prática do cuidar**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. p. 543-563.
- BRASIL. **Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009**. Dispõe sobre adoção; altera as Leis nos 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12010.htm>. Acesso em: 22 fev. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção ao recém-nascido: guia para profissionais de saúde: cuidados gerais**. Brasília, 2011. v. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual do Método Canguru:** seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica, Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH.** Brasília, 2013.

_____. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma de anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 134, 13 jul. 2007. Seção I, p. 84-85.

COUTINHO, H. R. B.; MORSCH, D. S. A paternidade em cuidados intensivos neonatais. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 55-69, jun. 2006.

DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott.** Rio de Janeiro: Imago, 2003.

FERNANDES, R. T. et al. Tecendo as teias do abandono: além das percepções das mães de bebês prematuros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4033-4042, out. 2011.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. **Vínculo:** construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

LAMY, Z. C.; GOMES, R.; CARVALHO, M. de. A percepção dos pais sobre a internação de seus filhos em unidades de terapia intensiva neonatal. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 5, p. 293-298, 1997.

LE BRUN, M.; ZORNIG, S. Grupo Criar-te: oficina de criatividade de mães e bebês prematuros em UTI neonatal. **Pulsional:** Revista de Psicanálise, [S.l.], ano 7, n. 181 p. 5-12, mar. 2005.

LECANNELIER, F. **Apego e intersubjetividade:** Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental: eoria II: la teoría del apego. Santiago: LOM Ediciones, 2009.

MAZET, P.; STOLERU, S. **Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant:** Développement et interactions précoces. 3. ed. Paris: Masson, 2003.

MORSCH, D. S.; BRAGA, N. A. À procura de um encontro perdido: o papel da “preocupação médico-primária” em UTI neonatal. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 624-636, 2007.

_____; CARVALHO, M.; LOPES, J. M. Programa de visitação dos irmãos aos bebês internados em UTI neonatal. **Pediatria Moderna**, [S.l.], v. 33, n. 7, p. 481-488, 1997.

_____; DELAMONICA, J. Análise das repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal: “Lembraram-se de Mim!”. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 677-687, set. 2005.

_____; BRAGA, N. A. Os irmãos do bebê. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Org.). **Quando a vida começa diferente:** o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Editora FiOCRUZ, 2003. p. 97-106.

PEIXOTO, E. A. et al. Visita de avós em unidade de terapia intensiva neonatal: compreendendo a dinâmica familiar. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 17-32, dez. 2012.

RIBEIRO, C. B.; CRUZ, A. P.; MARINGOLO, A. C. Comunicação em saúde: conceitos, estratégias, rumo à efetivação de direitos sociais. In: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 3., 2013, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: CrEA-MG, 2013.

ROCHA, L. J. F.; LAMY, Z. C.; FERREIRA, M. C. F. Avós na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal : explorando possibilidades. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**, São Luís, v. 6, n. 1, p. 13-17, jan./abr. 2005.

STERN, D. **A constelação da maternidade**. Porto Alegre: Arte Médicas, 1997.

WINNICOTT, D. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

_____. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

ZORNIG, A. S.; MORSCH, D. S.; BRAGA, N. A. Os tempos da prematuridade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [S.l.], ano 2, n. 4, p. 135-143.

3 Trabalhando as perdas e a comunicação de notícias difíceis



Objetivos:

- ▶ Oportunizar às equipes a discussão das diferentes perdas que ocorrem na unidade neonatal.
- ▶ Discutir estratégias de condução de notícias difíceis para a família.
- ▶ Compreender o significado da ocorrência de perda gestacional na história do casal como possível fator de estresse e desconforto na unidade neonatal.
- ▶ Discutir repercussões da morte na unidade neonatal na família e na equipe de cuidados.

Conceitos Básicos:

Comunicação

Em saúde, é considerada uma tecnologia leve imprescindível na mediação humana dos artefatos que se interpõem entre o profissional e seu paciente (MINAYO, 2011). Uma vez que a participação humana e relacional em saúde é indiscutível, a comunicação – como tecnologia leve – permeia todo processo de cuidado do paciente, podendo também amenizar sofrimento e prevenir agravos (RABELLO; RODRIGUES, 2010).

Introdução

O fato de o Método Canguru estar dirigido para o cuidado de situações de extrema vulnerabilidade física para os RNs, e psíquica para todos os participantes desta trama, traz consigo o risco de diferentes tipos e de densidades de perdas. Deparamo-nos

com as do período gestacional, as ocorridas na unidade neonatal, ou mesmo aquelas relacionadas a alterações sensoriais, motoras e cognitivas nos RNs sob nossos cuidados. Outras possíveis perdas referem-se ao vínculo familiar, quando se torna muito difícil, se não impossível, o resgate de experiências geradoras de uma boa relação afetiva a partir das possíveis intervenções na unidade neonatal. Há também as perdas vivenciadas pelos profissionais de saúde, frustrados em seu objetivo de dar alta para crianças 100% saudáveis ou mesmo de salvar a vida daqueles que ficaram sob seus cuidados intensivos. Todos são afetados em menor ou maior grau e de diferentes maneiras, sendo que a equipe de saúde tem o desafio de lidar não só com a sua própria dor, mas também o de ser responsável por comunicar a extensão das perdas para a família do recém-nascido.

Por isso, acreditamos ser da maior importância discutirmos um pouco sobre cada uma delas, refletindo sobre as experiências da equipe e prováveis intervenções que esta, diante destes acontecimentos, pode lançar mão.

Ao focar neste tema, salientamos que as equipes devem levar em consideração que uma perda para as famílias possui conotações e vivências muito diferentes daquelas que ocorrem com os profissionais. Um exemplo desta complexidade é quando um RN que apresenta o risco de graves dificuldades no seu desenvolvimento vem a morrer. Para os profissionais, pode surgir algum consolo, um sentimento que os ajuda em sua aceitação do fato. Mas, por outro lado, os pais não vivenciam desta maneira, até porque não dispõem dos mesmos recursos para compreender a extensão desta situação. Atentar para estas questões é primordial – mas nada fácil – em nosso trabalho.

As expressões de dor, de sofrimento, especialmente nos pais que acompanham ou antecedem o luto, podem se apresentar por meio de condutas intensas ou ausência de qualquer manifestação explícita, sendo ambas de difícil manejo. Essas dissonâncias entre formas de expressão apontam para a necessidade da equipe estar disponível para acolher uma diversidade de desejos e solicitações próprias destes momentos. Alguns pais desejam banhar, arrumar, escolher roupas especiais para colocar no corpo do filho. Outros o tomam em seus braços, ninam, cantam, caminham pelos corredores das unidades neonatais com o filho no colo. Alguns solicitam cerimônias religiosas, ainda na unidade neonatal. A grande maioria das equipes que fazem parte do Método Canguru têm sido amplamente receptivas a estes comportamentos e têm conseguido avaliar sua adequação e seu impacto nas respostas futuras (mais saudáveis) no decorrer do luto pelo recém-nascido que foi perdido.

Todavia, existem muitas outras modalidades de perdas sobre as quais precisamos refletir para estarmos preparados para fazer frente a situações de extrema exigência em relação ao nosso suporte e compreensão. Geralmente, a que antecede a todas as demais versa sobre a troca de informações a respeito de um RN sob cuidados intensivos.

3.1 Notícias difíceis na unidade neonatal

As notícias difíceis na unidade neonatal surgem pela ocorrência ou pela probabilidade da morte, em função de um diagnóstico incapacitante ou de um prognóstico ruim. Notícias estas que desestabilizam experiências internas básicas de segurança psíquica construídas em nossa primeira infância e que estabeleceram o nível de confiança em nós mesmos e de nós para com o mundo circundante. Assim, nós profissionais, como os familiares deste recém-nascido se encontram em vulnerabilidade. Com frequência frente ao sofrimento provocado pela ameaça de uma perda, surgem sentimentos persecutórios cujo mecanismo de defesa principal é a projeção. Ou seja, uma das formas de defesa que se apresenta é buscar no externo, em outros, a causa que motivou tais ocorrências, na tentativa de diminuir os próprios sentimentos de culpa, tão comuns nesta situação.

A fragilidade do processo de parentalização, neste momento, é imensa. E é a própria equipe – que vinha servindo de apoio para a formação deste processo – que transmite a notícia de que a criança se encontra em estado grave, com riscos ou ameaça de sequelas. Ou seja, o referencial de sustentação à parentalização passa a apresentar outros prismas, outras possibilidades nesta relação. Além disso, por acontecer durante o período neonatal, os prejuízos à formação de vínculos, tão necessários neste momento, se exacerbam, pois os pais encontram-se regredidos pela necessária identificação com o filho RN. Como apoio deve ser buscada a sua relação afetiva inicial, com seus próprios pais ou pessoas significativas pois acresce-se a isto, o fato de o RN, que seria o mais capacitado a parentalizá-los, estar totalmente destituído deste poder, neste momento.

Esses pais inquietos, culpabilizados, destituídos de seu filho, estão à procura de sinais, de referências, de indícios que lhes permitam diminuir ou apaziguar sua angústia e fazê-los confiar numa equipe terapêutica, ou que, ao contrário, irá aumentar seu medo e dar lugar à sua agressividade. (DOMMERMUES; BADER-MEUNIER; EPELBAUM, 2003, p. 122).

3.1.1 A comunicação de notícias difíceis

A comunicação na unidade neonatal tem se configurado como instrumento básico na construção de estratégias para alcançar o cuidado humanizado e como estratégia para melhorar as relações entre pais, família e profissionais. Além de informar diagnósticos e prognósticos, há muitos e variados acontecimentos produtores de notícias, sendo que algumas delas são bem difíceis. Lino et al. (2011) referem que a notícia difícil inclui situações que constituem ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar e social, tendo em vista as repercussões físicas, sociais e emocionais que acarretam.

Em unidade neonatal, as notícias podem estar relacionadas à ida ou à transferência do RN para a UTI neonatal, à intubação ou à reintubação, à alimentação enteral, à suspensão da dieta, à perda de peso, à realização de procedimentos cirúrgicos, à suspensão da alta, entre tantas outras. Nesse sentido, as notícias difíceis não são apenas aquelas sobre o diagnóstico, mas as que ocorrem durante todo o tratamento

(AFONSO; MITRE, 2013). Nem sempre há relação com uma doença terminal, mas sim com qualquer situação clínica que gere perspectivas negativas para os envolvidos.

Segundo Silva (2012), não existe uma definição única que reflita todas as situações de notícias difíceis. Cada processo de comunicação exige uma técnica adequada ao seu conteúdo, de modo que a eficácia da comunicação depende da circunstância e da flexibilidade na condução da comunicação. E, mesmo assim, esta eficácia é relativa porque há uma multiplicidade de variáveis que, em muito, obstrui qualquer certeza. A comunicação, como bem sabemos, é perpassada pelas histórias e respectivas expectativas de quem recebe a notícia e também pela de quem a dá. São diálogos atravessados por várias vozes, muitas vezes inaudíveis, mas igualmente importantes.

Comunicar uma notícia difícil é uma incumbência complexa que precisa ser adequadamente executada, a fim de se evitarem efeitos prejudiciais para os familiares, bem como afetar futuros relacionamentos com os profissionais de saúde (WARNOCK et al., 2010). Além disso, o processo de comunicação de notícias difíceis segue um percurso que requer uma preparação prévia. Por isso, deve ser efetuado num ambiente de privacidade e no tempo adequado, de modo a estabelecer uma relação terapêutica (LOPES; GRAVETO, 2010).

As mensagens precisam ser objetivas, curtas, simples e de fácil compreensão; linguagem apropriada ao nível de compreensão dos receptores, à faixa etária, ao gênero, à etnia; contextualizadas, para que o receptor se sinta participando da comunicação e acredite que faz parte deste processo inclusivo; apelo visual, sensorial e emocional para facilitar a abertura, a confiança, a honestidade e a cooperação do emissor com o receptor; adaptadas à realidade do receptor (o que envolve aspectos socioeconômicos do público, além da capacidade física de receber determinada mensagem); criativas, ousadas e inovadoras (CAETANO; GARRAFA, 2014).

Assim sendo, o ato de comunicar uma notícia difícil demanda do profissional de saúde uma aprendizagem e um treino constantes, que o capacitem a responder adequadamente às necessidades efetivas e afetivas daqueles a quem os cuidados são dirigidos. Portanto, é necessário que os profissionais se questionem quanto à maneira como irão dividir essas informações com as pessoas envolvidas, assim como de se informar sobre o que o familiar do paciente sabe a respeito do diagnóstico e do prognóstico (BRASIL; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER..., 2010).

Ademais, é uma tarefa multidisciplinar que requer a participação ativa de uma vasta gama de profissionais de saúde, os quais devem trabalhar em equipe. Isso significa que o indivíduo não estará sozinho, mas fará parte de um grupo e, ao mesmo tempo, dependerá do grupo e vice-versa (ALVES, 2009). Pennafort et al. (2013) afirmam que é imprescindível o desenvolvimento de habilidades comunicacionais entre os profissionais de saúde, visto que estas possibilitam o desencadeamento de relações interpessoais com qualidade. E, como processo contínuo e sistemático para garantir acesso à informação justa, coerente, sem contradições e ambiguidades, é necessário que todos os profissionais de saúde funcionem como equipe com um processo de comunicação eficaz. Cada palavra, cada gesto deve ser interpretado de forma significativa e responsável, devendo ser construído, além da prática, pela teoria da

comunicação interdisciplinar (PERDICARIS, 2009). Daí porquê o profissional deve passar por uma preparação, começando pelo desenvolvimento da habilidade de saber escutar e de fazer contato com a experiência singular do outro, valorizando e aprimorando a capacidade de gerar empatia com aquele que sofre. Portanto, saber compartilhar uma notícia difícil é uma arte que exige uma aprendizagem (BRASIL; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER..., 2010), à qual necessariamente envolve a subjetividade também do profissional.

Muitas vezes, para a equipe, o afeto – construído ao cuidar por um tempo do RN em questão – pauta este diálogo e não faz sentido forçar uma “asepsia emocional”, supostamente mais condizente com a tal da objetividade que se exigiria de um profissional. Inúmeros episódios de *burn-out* entre a equipe demonstram quão nocivo pode ser este ato de sufocar ou abafar seus próprios sentimentos. É preciso que se tome consciência deles e que seja criado um espaço para que, em algum momento, sejam devidamente processados.

Nesse sentido, as más notícias devem ser partilhadas e não somente informadas, permitindo ao paciente e/ou à família colocar questões, sendo guiados para a verdade (PEREIRA; MENDES; FORTES, 2013).

Para isso, há disponíveis na literatura várias estratégias para sistematizar a comunicação de notícias difíceis visando, sobretudo, ao aperfeiçoamento do processo, assim como à redução e ao controle do impacto desse tipo de notícia. Ter um plano de ação fornece uma estrutura para ajudar e apoiar os envolvidos no anúncio de notícias difíceis. Entre as estratégias, sugere-se como uma possibilidade de direcionamento a utilização do Protocolo Spikes, criado por Buckman em 1992, que se tornou conhecido pela sigla *Setting up; Perception; Invitation; Knowledge; Explore emotions; Strategy and summary (SPIKES)*, o qual descreve seis passos expressos pelas iniciais da sigla em inglês:

Setting up = elevação ou estabelecimento.

Perception = percepção.

Invitation = convite.

Knowledge = conhecimento.

Explore emotions = explorar emoções.

Strategy and summary = estratégia e resumo ou brevidade.

Esses passos configuram estratégias para uma comunicação eficaz, quais sejam: o cuidado com o local onde será transmitido o diagnóstico (sendo sugerido um ambiente tranquilo, sem interferências, com a possibilidade de o profissional, por meio de uma escuta e uma postura adequadas, sanar dúvidas e responder a eventuais perguntas, ciente de que esta conversa não é unidirecional, linear e conclusiva); percepção das condições emocionais e cognitivas do paciente (considerando o que ele gostaria de saber e a quantidade de informações que toleraria naquele momento); troca de informações (por meio de uma conversa franca, sem ilusões e falsas expectativas); apresentação de possibilidades de tratamento, bem como o reconhecimento das

emoções e dos sentimentos que podem eclodir nesse encontro (exigindo capacidade de escuta e profissionalismo para manejar a situação); e a finalização, que implica a realização de uma síntese de tudo o que foi falado, acompanhada da segurança de que tudo o que foi dito foi compreendido (BRASIL; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER..., 2010; BECZE, 2010).

Outrossim, também é necessário que se tenha a consciência de que a capacidade de absorção da informação pode se alterar com a passagem do tempo e mudanças de circunstâncias. O que parece ter sido completamente compreendido em um momento pode não o sê-lo num futuro próximo porque há sempre outros fatores – objetivos e subjetivos – que podem emergir, afetando a percepção outrora vigente. E o profissional tem de estar aberto para esta possibilidade e, se preciso, compartilhar novamente a notícia com a indispensável habilidade.

Diante da necessidade de informar notícias difíceis, existem alguns detalhes que podem servir de recurso ao profissional de saúde para que o processo comunicacional seja o mais eficiente possível. São eles, na perspectiva de Sousa (2009):

- ▶ Estar absolutamente seguro. Na fase da transmissão do diagnóstico, torna-se imperativa a sua certeza. O prognóstico de não existência de cura implica também a exploração de todos os recursos terapêuticos existentes na atualidade, possíveis de serem utilizados.
- ▶ O doente tem direito a conhecer a sua situação. A verdade deve estar sempre presente na relação entre duas pessoas. Trata-se de uma questão de humanidade, ética e legal. Por essa razão, informar a uma pessoa que ela tem uma doença grave é, acima de tudo, um ato inquestionavelmente humano.
- ▶ Não existe uma fórmula, é uma arte. Não existe uma forma certa ou errada para fazê-lo. Averiguar o que a pessoa sabe e o que quer saber; oferecer algo em troca. Dizer a verdade pressupõe o compromisso prévio de ajudar a integrá-la, de partilhar as preocupações.
- ▶ Não discutir com a negação. A ausência de informação não é sinônimo de negação, ainda que possa contribuir significativamente para o seu aparecimento e para a sua manutenção.
- ▶ Agir com simplicidade e ausência de palavras negativas. Evitar excessivos tecnicismos que possam interferir na compreensão do doente.
- ▶ Não estabelecer limites nem prazos – o conhecimento da verdade não significa entrar em detalhes minuciosos sobre a evolução da doença e que possam causar danos ao doente: prognóstico de sobrevivência em casos similares, estatísticas.
- ▶ Evitar dar demasiadas informações no primeiro encontro.
- ▶ Não dizer nada que não seja verdade – a autenticidade é uma qualidade em qualquer relação humana e é indispensável para o binômio profissional saúde/doença.
- ▶ Não retirar a esperança – todos os profissionais da área da Saúde sabem muito bem que o doente necessita frequentemente de manter a esperança, qualquer que seja.

Comunicar-se qualitativamente configura-se como compromisso social do profissional. A equipe deve aliar as informações ao contexto da situação e às implicações para a família, isto é, ao se comunicar, partilha-se com a família tanto o conteúdo quanto os significados da informação. Ambos são importantes para a tomada de decisão, não devendo ser unidimensional nem unidirecional. Daí a complexidade do processo que envolve a comunicação de notícias difíceis (CABEÇA; SOUSA, 2015).

Considera-se, portanto, que, ao permitir a expressão emocional, empática e solidária, o estilo de comunicação pode ser considerado como efetivo e contínuo. Afinal, quando há o estabelecimento da comunicação, os vínculos constituem-se, facilitando as intervenções necessárias e integrando o contexto de humanização da assistência.

3.1.2 A possibilidade de sequelas

Sabemos tratar-se de momentos muito mobilizadores quando se configuram complicações clínicas que não sugerem mais resolubilidade por meio de técnicas de intervenção ou mudanças de conduta e torna-se claro o risco quanto à qualidade de vida que ronda esta criança. Um profundo mal-estar e tristeza instalam-se em todos quando a observação de um exame indica sequelas neurológicas significativas. Como lidar com tudo isto? Como entender que, em alguns casos, o motivo foi iatrogênico e não existem mais recursos para voltar atrás? Seja entre os integrantes da equipe, seja entre a equipe e a família, as relações podem se tornar tensas, gerando dificuldades relacionais, desânimo e frustração.

Um comportamento frequente refere-se à dificuldade de contatar a família e compartilhar o que ocorreu ou, presume-se, irá ocorrer. Tudo se torna constrangedor e difícil: a necessidade de novos exames e as preocupações – inclusive em relação aos cuidados diários – e às informações rotineiras que fazem parte da internação. Um exemplo especial é a detecção da ocorrência de hemorragias intracranianas graves e/ou de uma sepse, ambas com riscos desenvolvimentais significativos.

Entendemos que o comportamento de evitar a família e restringir à equipe a discussão sobre os aspectos clínicos e as novas intervenções apenas aumenta o sofrimento da equipe. É fundamental que se disponha de um tempo para conversar, repensar o caso, avaliar as ocorrências e discutir sobre como se encontra a família, o recém-nascido e o que pode ir se delineando a ajuda nesta situação, como, por exemplo, intervenções, mapeamento dos recursos na comunidade, encaminhamento da família para acompanhamento especializado.

3.2 Perdas afetivas e suas repercussões

Uma nova situação surge pelas perdas com as quais a equipe de Saúde tem de lidar. Estas podem ocorrer das mais variadas formas, inclusive pela alta de algum RN com quem nos envolvemos na relação de cuidado. Revelando um comportamento defensivo dos profissionais de saúde, a alta de algumas crianças pode ser realizada de uma forma rápida e burocrática, vetando à equipe a elaboração desse afastamento. Em outros momentos, esta alta pode ser muito lenta e ser adiada para o próximo dia,

sugerindo uma dificuldade da equipe em entregar esta criança aos seus legítimos cuidadores: pais e sociedade.

A presença da mãe praticando os cuidados com o recém-nascido, inclusive a posição canguru, oferece à equipe a oportunidade de evocar lembranças de quando esse RN lhe pertencia mais do que à sua família. Abrir mão desse pequeno ser e permitir que, aos poucos, ele retorne a seu grupo de origem pode trazer consigo um sentimento ambivalente, ao qual se acrescenta a dúvida em relação à capacidade materna de cuidar adequadamente da criança. Dependendo da situação, temos inclusive queixas sobre condutas maternas. Algumas podemos considerar como adequadas e susceptíveis a uma intervenção, outras fazem parte de um imaginário da própria equipe, que se ligou afetivamente de forma muito intensa a esta criança.

Mais grave para o grupo de cuidadores é quando ocorre a morte de um recém-nascido. A chegada de outro para ocupar seu leito não oferece consolo, pois o grupo de profissionais encontra-se neste espaço para salvar vidas. Compartilham a ideia de que um RN surge para a vida e não para se despedir imediatamente dela. E, em geral, isso não é discutido, a não ser que ocorra uma situação que traga à lembrança aquela criança.

O próprio atendimento intensivo facilita o surgimento de defesas nessas ocasiões. Logo chega outro RN que ocupa o lugar daquele que foi embora. O novo recém-nascido precisa de cuidados e suscita preocupações na equipe. O vazio que parece desaparecer pela mudança de lugares das incubadoras ou pela chegada de novos recém-nascidos é um engano, pois permanece a falta experimentada frente à morte. Os sentimentos daí decorrentes, em geral, não são discutidos pela equipe, a não ser que ocorra uma situação que traga a lembrança daquela criança, num momento especial, ou ainda que chegue um outro RN com características semelhantes.

Muito difícil também para as equipes é lidar com as síndromes, malformações e as incompatibilidades com a vida. Cientes do que é provável que aconteça com o RN, esforçam-se para expressar de uma maneira cuidadosa o que acreditam serem os cuidados adequados a estas crianças, sem potencializarem o sofrimento da família. Acompanhar a família nesse tempo de espera, seja da ocorrência da morte, seja da confirmação do diagnóstico, exige muito da equipe. Vários comportamentos podem ser observados, tais como afastamento da família e retraimento dos profissionais, que ficam cabisbaixos e que desviam o olhar. Com isso, expressam sua dificuldade em aceitar a impossibilidade da ação terapêutica e de estabelecer a saúde.

3.3 A morte na unidade neonatal

Braga, Genofre e Deslandes (2006) relatam que a morte e as perdas frequentemente colocam em campos opostos os familiares dos recém-nascidos e a equipe. Em casos de prognóstico reservado, cuja evolução da doença da criança conduzirá ao óbito, estes profissionais encontram dificuldades para compreender as reações de algumas das famílias dos recém-nascidos que, não obstante “a morte anunciada”, reiteram planos para a vida do seu filho após a alta hospitalar. Esta atitude por parte dos parentes dos seus pacientes indicaria, sob a ótica da equipe, uma negação da denominada “realidade objetiva”. Nesse sentido, procura-se o auxílio da equipe de psicologia para

que “desfaça” estes “mal-entendidos”. No entanto, argumentam as autoras, torna-se necessário perceber que estas condutas representam uma defesa maciça utilizada pelos pais para que possam enfrentar algo que lhes parece “impensável”. E, para piorar, na unidade neonatal encontram-se recém-nascidos, configurando um paradoxo entre a vida que se inicia e a morte que se apresenta.

Tudo isso reforça a imperiosidade da equipe em adotar posicionamentos extremamente flexíveis, permitindo à família utilizar os seus recursos e suas estratégias na tentativa de lidar com sua dor. Especialmente o período que antecede o óbito deve ser cuidado. Morsch e Braga (2003) lembram que muitas unidades neonatais, há alguns anos, tem incentivado a presença da “família ampliada” ou mesmo de pessoas significativas – e sem necessariamente laços consanguíneos – para os pais, acompanhando-os ao lado do filho. Também é frequente o comparecimento de representantes religiosos, trazidos pela família para batizarem e/ou abençoarem a criança. Da mesma forma, após a morte, busca-se encontrar algum lugar privado para a família poder permanecer com o recém-nascido e se atende ao desejo dos pais quanto a banhar, vestir e permanecer com o filho no colo pelo tempo que desejarem.

Kübler-Ross, em 1983, por meio de sua imensa experiência no acompanhamento de mortes em hospitais lembra que nossa necessidade inicial é de cuidado físico, corporal. E assim, também, acontece com paciente terminal. Em relação aos RNPT e seus pais, diz ela:

Às mães e pais de bebês pré-termo deve ser facilitado que toquem, abracem seus bebês, ter contato olho-a-olho com eles, (...) Esta ligação é necessária para alimentar esta relação mútua, é um consolo e representa boas memórias caso os pais percam seus filhos de forma prematura. (KÜBLER-ROSS, 1983, p. 25).

Continua afirmando que:

Qualquer bebê, nascido vivo ou morto, deve ser dado aos pais para o ver, tocar, para o aceitar em sua descendência. Neste percurso eles podem fazer frente a realidade de terem tido um filho e sabem o que perderam e podem enfrentar esta perda com um luto apropriado. Se eles não puderem experimentar este teste real, através do contato físico, seu luto será prolongado podem negar a existência desta vida tão rápida ou terem dificuldades para uma nova gestação. (KÜBLER-ROSS, 1983, p. 25).

3.4 A perda gestacional

A convicção de que o Método Canguru tem início ainda na gestação que necessita de cuidados especiais nos remete a uma situação de perda que vem sendo cada dia mais discutida: a perda gestacional. Ou seja, aquela que ocorre antes do RN ter a chance de receber alguma intervenção ou cuidado especializado para tentar sobreviver. Algumas vezes, sua imaturidade pelo tempo gestacional é determinante. Em outras, o óbito já aconteceu intraútero, inviabilizando qualquer intervenção. Entendemos

que esta criança que não nasceu, bem como sua família, necessita de cuidado e atenção da mesma maneira que aquela que é proposta para as perdas ocorridas na unidade neonatal, só que com algumas peculiaridades sobre as quais discorreremos.

Apesar de o Brasil não mais fazer parte dos dez países com maiores taxas de mortalidade neonatal e mortes fetais, uma em cada cinco mulheres brasileiras tem natimortos (BRASIL, 2009), mas é certo que ocorrem subnotificação nestes casos, o que provavelmente aumentaria muito estes dados. Portanto, trata-se de um tema que merece nosso melhor entendimento, pois seu descuido pode determinar dificuldades futuras, como interferências no relacionamento conjugal, familiar, presença de quadros emocionais, como melancolias e suas consequências na diminuição de interesse pela vida, pelos demais filhos, pelo trabalho, por parte da mulher e mesmo de seu companheiro, e inclusive a facilitação do surgimento de quadros psicóticos. Recentes publicações chamam atenção para este assunto que, apesar de ser ainda bastante negligenciado, pode ser devastador e estigmatizante para os pais (FROEN, 2016), resultando em “custos intangíveis” (TARRICONE, 2006), como sofrimento, luto, ansiedade e medo.

É preciso entender que a detecção do óbito fetal implica o abandono por parte dos pais e também da família de um projeto familiar, mesmo que a morte ocorra nas primeiras semanas gestacionais. Para muitas famílias, este feto já possuía um nome provável e uma herança familiar no sentido de projetos e investimentos. Como diz Aguiar (2016, p. 69):

“Os pais perderam uma promessa de filho, uma promessa de paternidade e maternidade. Morreu um filho que não representava ainda um ser totalmente independente deles e de suas projeções, um filho ainda virtual”.

Assim, a equipe deve ter ciência que a despedida deste, assim chamado, “projeto” torna-se necessária. Mais do que nunca, esta mulher e seu(sua) companheiro(a) devem ser apoiados(as) na elaboração desta situação. Precisamos pensar nisto, pois com frequência os profissionais que os acompanham neste momento não conhecem a história que vinha sendo compartilhada na UBS ou mesmo no ambulatório obstétrico especializado. Ou, ainda, caso seja feito o diagnóstico na UBS ou junto às equipes que acompanham esta gestação, existe uma dor compartilhada, deixando muitas vezes também a equipe “sem ação”.

Por outro lado, como o RN “não existiu”, também não existe a rede de apoio social e familiar mais ampla capaz de amparar o sofrimento parental. Como diz Aguiar (2016, p. 32):

A rede social que cerca os pais que sofreram a perda tem dificuldades de compreender a dor que estão sentindo, pois, para eles, é como se o bebê nunca tivesse existido. Espera-se um período de tristeza, mas normalmente não se atribui o mesmo status atribuído à morte de um filho conhecido socialmente. Usualmente escutamos frases como “O tempo vai curar”, “Vocês ainda são novos, poderão ter outros filhos”, “A vida continua”, “Foi melhor assim”. Frases como essas mostram

como a tendência social gira em torno de uma subestimação ou descharacterização do fato. Quando um bebê morre antes de vir ao mundo, na maioria das vezes, é como se não tivesse tido um acontecimento para a sociedade – “a criança não nasceu, portanto, ela não existe.

Pelo fato de o recém-nascido não ter chegado a ser real, são pouquíssimos os registros desta relação que vinha sendo construída entre os pais e este desejo, este projeto baseado, especialmente, nas representações mentais ou imagens do ultrassom. Ou então na tradução que faziam dos movimentos do feto intraútero, ou seja, com a participação do bebê imaginário e imaginado. Como se despedir de algo que apenas possui balizas no imaginário e que “nunca existiu”?

Acreditamos que, sobretudo, a palavra possa entrar como apoio e como sustentação, não deixando o silêncio tomar conta deste lugar. Sugerimos, portanto, que a equipe, ao realizar esse diagnóstico, preocupe-se em conversar com os pais, discutir os procedimentos que deverão ser realizados, apoiar o acompanhamento da mulher por alguém de seu grupo familiar ou social durante as intervenções e não deixá-la apenas com a equipe. O *não estar só consigo mesma*, pois nem mais o RN a acompanha neste momento, irá protegê-la do desamparo e das prováveis tentativas de buscar em suas próprias condutas e/ou seus pensamentos o motivo disto ocorrer. É possível que a curetagem não seja realizada, uma vez que o feto talvez já tenha sido expelido. Estar só, neste momento, retira da mãe a possibilidade de sentir-se ferida e sofrida, pois tais sentimentos não obtêm da equipe a guarida da qual a mãe tanto precisa nesta situação. Obviamente, quando a mulher estiver sozinha e sem apoio familiar e social – o que pode, inclusive, acontecer com a gestante clínica que se encontra hospitalizada –, cabe a alguém da equipe acompanhá-la. Ou, no caso da existência de doulas voluntárias na maternidade, a escolha pode recair sobre uma delas que tenha competências e habilidades para oferecer suporte e presença afetiva durante e após esses procedimentos.

Uma ajuda importante para os pais, mas de extrema exigência para a equipe, envolve a possibilidade de, na sala de procedimentos, permitir-se o contato entre os pais e este RN. A sedação da mulher e a retirada rápida e abrupta deste feto ou natimorto para que a mãe não o veja podem ser extremamente danosas, inclusive para que ela possa desempenhar as funções de maternagem. Essa possibilidade deve ser avaliada com a mulher e seu companheiro, especialmente para que tenham *uma ancoragem real em relação ao filho perdido*.

Com frequência, encontramos intervenções que apoiam um desinvestimento rápido para com este feto/projeto perdido. O que deve ser observado é que a mãe, e também a família, deverá “lidar com um vazio tanto interno quanto externo, uma vez que não há nada no útero e nada nos braços” (AGUIAR, 2016, p. 45). Assim, o tempo gestacional, tendo a perda ocorrido precocemente ou então com a presença de um natimorto, traz consigo a ideia de algo de difícil elaboração, pois exige intenso trabalho psíquico. Projeções sobre esta futura maternagem e paternagem, impedidas por tal perda, são interrompidas abruptamente e diferem do que geralmente ocorre na unidade neonatal, pois nada foi possível tentar ou realizar.

Enfim, apresentamos algumas situações recorrentes e sugerimos atitudes e cuidados a serem tomados pela equipe na comunicação de notícias difíceis, na forma de cuidar das perdas em unidade neonatal. Temos consciência de que não podemos criar protocolos ou estabelecer normas ou até mesmo fórmulas para lidarmos com estas situações. Como dito, nestes cenários, as mais diversas subjetividades se fazem presentes – de uma forma ou de outra – e se entropem, configurando tramas complexas e desafiadoras. Tramas estas que demandam de nós muita atenção e cuidado para com as peculiaridades de cada situação e com cada um dos interlocutores, incluindo aquelas que são próprias de cada um de nós, profissionais de saúde.

Referências

- AFONSO, S. B. C.; MITRE, R. M. de A. Notícias difíceis: sentidos atribuídos por familiares de crianças com fibrose cística. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2605-2613, 2013.
- AGUIAR, H. C. **Quando a partida antecede a chegada**: singularidades do óbito fetal. 2016. 89 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Centro de Teologia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.
- ALVES, E. G. R. Equipe de trabalho e trabalho em equipe. In: VEIT, M. T. (Org.). **Transdisciplinariedade em oncologia**: caminhos para um atendimento integrado. São Paulo: HR Gráfica e Editora, 2009.
- BECZE, E. Strategies for breaking bad news to patients with cancer. **ONS Connect**, Pittsburgh, v. 25, n. 9, p. 14-15, Sep. 2010.
- BRAGA, N. A.; GENOFRE, M. A.; DESLANDES, S. Diferentes estratégias no enfrentamento da morte do recém-nascido. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 250-254, 2006.
- BRASIL. Ministério de Saúde; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Comunicação de notícias difíceis**: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito infantil e Fetal do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BUCKMAN, R. **Breaking Bad News: A Guide for Health Care Professionals**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992.
- CABEÇA, L. P. F.; SOUSA, F. G. M. **Comunicação de notícias difíceis em UTI neonatal**: sentidos do presente, reflexos para o futuro. Florianópolis: Editora Papa-Livro, 2015.
- CAETANO, R.; GARRAFA, V. Comunicação como ferramenta para divulgar e promover a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 34-44, 2014.
- DOMMERMUES, J. P.; BADER-MEUNIER, B.; EPELBAUM, C. A comunicação do diagnóstico da doença crônica na criança. In: LEITGEL-GILLE, M. (Org.). **Boi da cara preta**: crianças no hospital. Salvador: Ágalma, 2003. p. 121-142.
- FROEN, J. F. et al. Stillbirths: progress and unfinished business. **The Lancet**, [S.l.], v. 387, n. 10018, p. 574-586, Feb. 2016.
- KÜBLER-ROSS, E. **On Children on Death**. New York: Collier Books, 1983.

LINO, R. A. S. et al. Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 52-57, 2011.

LOPES, C. R.; GRAVETO, J. M. G. N. Comunicação de notícias: receios em quem transmite e mudanças nos que recebem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 151-158, abr./jun. 2010.

MINAYO, M. C. A ação humana como determinante para a efetividade dos tratamentos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3030-3031, 2011.

MORSCH, D. S.; BRAGA, N. A. Quando o bebê morre. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 157-170.

PENNAFORT, V. P. S. et al. Comunicação terapêutica entre profissionais de saúde e mães acompanhantes durante a hospitalização do filho. **Escola Anna Nery: revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 690-697, out./dez. 2013.

PERDICARIS, A. A. M. A interdisciplinaridade no processo de comunicação na saúde. In: VEIT, M. T. (Org.). **Transdisciplinaridade em oncologia: caminhos para um atendimento integrado**. São Paulo: HR Gráfica e Editora, 2009.

PEREIRA, T. G.; MENDES, J. M. G.; FORTES, I. F. L. Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 7, n. 1, p. 227-235, jan. 2013.

RABELLO, C. A. F. G.; RODRIGUES, P. H. A. Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 379-388, 2010.

SILVA, M. J. P. Comunicação de más notícias. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 49-53, 2012.

SOUSA, J. **A vida é um minuto o poder e a imagem**. Alfragide: Oficina do Livro, 2009.

TARRICONE, R. Cost-of-illness analysis: What room in health economics?. **Health Policy**, [S.l.], v. 77, n. 1, p. 51-63, 2006.

WARNOCK, C. et al. Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. **Journal of Advanced Nursing**, [S.l.], v. 66, n. 7, p. 1543-1555, July 2010.

4 Nascimento prematuro e formação de laços afetivos



Objetivos:

- ▶ Apresentar situações e momentos significativos da formação da ligação afetiva entre os pais e seu filho pré-termo ou de baixo peso.
- ▶ Facilitar a criação de estratégias no cuidado de formação dos laços afetivos entre os pais e seu filho pré-termo a partir da primeira etapa do Método Canguru.
- ▶ Conhecer particularidades do desenvolvimento psicoafetivo do recém-nascido pré-termo que possam ajudar na sua assistência.

Introdução

Este capítulo se configura como um espaço especial neste *Manual de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru*, 3ª edição. Nele, encontram-se contribuições práticas, suaves e delicadas para as rotinas de cuidados em uma unidade neonatal. Apoiadas num conteúdo teórico expressivo e representativo de estudiosos que vêm se dedicando ao recém-nascido nas últimas décadas, bem como na prática cuidadosa e dedicada ao RN em unidades neonatais, oferece instrumentos para a atenção do imbricado universo da formação de laços afetivos entre esta criança e sua família.

4.1 A importância da presença dos pais em uma unidade neonatal

Um recém-nascido pré-termo, experimenta, em suas primeiras horas e em seus primeiros dias de vida, sensações diversas daquelas que são possíveis para a grande maioria dos RNs de termo. O contato corporal, a comunicação, os cuidados pele a pele que poderiam ser oferecidos por seus pais são postergados ou, se ocorrem, podem possuir nuances especiais marcadas pela estranheza, pela preocupação e até tristeza materna e paterna. Isso preocupa o grupo de profissionais do Método Canguru, que reconhece a importância vital da experiência da continuidade e da proximidade pais-bebê para o desencadeamento das primeiras formas de contato que irão conduzi-lo, junto às suas figuras principais de cuidado, a uma relação afetiva estável e permanente. As relações iniciais entre o RN e seus pais são consideradas o protótipo de todas as relações sociais futuras, o que exige de todos nós cuidadoso manejo.

Muitas vezes ao nascer, devido às suas condições, o RN necessita ser cuidado por um período longo pela equipe de saúde. Tal fato não deve impedir processos exclusivos e próprios dos cuidados familiares, especialmente os parentais, haja vista que hoje temos claro que situações como estas podem predispor a psicopatologias importantes no futuro desta criança ou mesmo em sua vida adulta. Vários estudos, como aqueles apoiados pelas Neurociências, mostram ser encontrada na origem de quadros psiquiátricos uma incidência significativamente elevada de ausência ou mesmo de prolongadas – e talvez repetidas – rupturas na formação da ligação afetiva em momentos primordiais para seu desenvolvimento. Além disso, vem sendo discutida a qualidade de vida do futuro adulto nascido muito pré-termo, com indicativos de rebaixamento quanto a este critério de desenvolvimento (BAUMANN; BARTMANN; WOLKE, 2016).

Ou seja, uma ligação forte e segura com os pais tem uma função biológica protetora, ficando a criança “resguardada” dos efeitos adversos do estresse, tão vivenciado por recém-nascidos pré-termo, especialmente durante sua estadia na UTI neonatal. Nesse período, em geral, necessita de intervenções mais invasivas para seus cuidados clínicos. Isso provoca estresse, aumentando o nível de cortisol no recém-nascido e interferindo na formação e na fisiologia de suas estruturas cerebrais, neste momento evolutivo. Ao mesmo tempo, estas ocorrências trazem como prejuízo alterações em seu metabolismo e em seu sistema imunológico.

Flacking et al., em estudo publicado em 2012, referem necessidades básicas que devem ser atendidas pelos cuidados propostos pelas equipes das unidades neonatais, que podem fazer parte das propostas do Método Canguru no Brasil:

- ▶ Contato pele a pele, capaz de facilitar o sono no RN, bem como diminuir a dor de determinados procedimentos, como coleta de sangue, por exemplo.
- ▶ Cuidado desenvolvimental, oferecendo ao recém-nascido manuseios que atendam ao seu momento evolutivo, a partir do reconhecimento das necessidades de seu sistema nervoso.
- ▶ Intervenções que apoiem e facilitem o envolvimento e a proximidade parental, favorecendo aquisições do desenvolvimento infantil.

- ▶ Pais presentes em diferentes situações que envolvem dor facilitam o seu manuseio.
- ▶ Massagens no corpo do recém-nascido aumentam a concentração de hormônios promotores do crescimento do cérebro, como o IGF1, e provocam a presença de ocitocina, que apresenta efeitos positivos no funcionamento cerebral em seu desenvolvimento.
- ▶ A presença dos pais oferece à criança experiências de aprendizagem como a comunicação interativa, ao mesmo tempo em que a fala dos pais é um forte preditor de vocalização no filho. Estes mecanismos sustentam os achados de que o contato físico provoca organização precoce neurocomportamental e psicomotora no RN.
- ▶ Intervenções que apoiem os pais em suas observações e interpretações do comportamento do recém-nascido têm sido associadas ao incremento da cognição, na criança, anos mais tarde.

4.2 O que normalmente recebe o recém-nascido a termo?

Logo ao nascer, o recém-nascido a termo recebe contato com o corpo e o calor de sua mãe, seu leite, sua voz, seu toque, seus braços envolvendo seu corpo, a escuta de seus batimentos cardíacos, é consolado quando chora e recebe carinho e afeto. Conhece um envelope vivo, humano, que pulsa e que responde às suas necessidades imediatamente após despedir-se do interior do corpo materno. Em seguida, seu pai fornece-lhe também esse envelope humano, e, mais tarde, entra em contato com seus familiares. Tudo isso contribui para a formação ou o fortalecimento dos laços afetivos, pois lhe é favorecida a experiência de continuidade e proximidade. Ao mesmo tempo, é protegido das mudanças ocorridas pelo fato de passar a viver num mundo “aéreo” e não mais “aquático”.

4.3 O que recebe o recém-nascido pré-termo ou que apresenta quadro indicativo de cuidados neonatais especializados?

Na dependência de suas condições de nascimento, sua idade gestacional e seu peso, serão indicados os necessários cuidados e as possíveis intervenções. Suas necessidades provocarão uma maior ou menor demora para que ele encontre os braços maternos, os cuidados parentais diretos e contínuos. No início, sentirá o odor dos tecidos da incubadora, que não é o mesmo do corpo de sua mãe; irá sentir menos calor nesses tecidos; irá inalar o cheiro de substâncias usadas nos procedimentos que sabemos indispensáveis, como do sabão líquido, do álcool em gel, com o qual higienizamos nossas mãos. Escuta vozes desconhecidas, sente desconforto e algo o incomoda. Não sabe que é o tubo que facilitou a sua respiração e ofereceu-lhe algum conforto respiratório. Pode necessitar de algumas outras invasões, como punção, pode sentir muito frio até lembrarem de lhe colocar uma touca, aumentarem a temperatura, posicionarem-no confortavelmente.

Observando estes acontecimentos, o Método Canguru estabeleceu diretrizes e sugestões para que a permanência do pai ou do acompanhante da mãe permaneça

com o recém-nascido junto à incubadora, logo após o nascimento, pelo maior tempo possível, especialmente nos casos de maior gravidade. Assim, eles se fazem presentes na ida do RN para a unidade neonatal para o mais rápido possível vê-lo, permanecer com ele, conversar com a equipe, receber informações e passá-las à sua acompanhante. Ou seja, o Método Canguru indica a proximidade imediata do pai ou acompanhante, estimulando sua participação já no momento inicial da internação. Com isso, preserva a formação ou o fortalecimento dos laços afetivos, diminuindo os riscos provocados pela separação tão precoce da criança e de sua família.

Tais condutas transformam este ambiente para o RN e para seus pais, diminuindo percepções iniciais de que se trata de um lugar hostil e pouco amigável. No entanto, sabemos que por algum tempo ainda podem permanecer inibições de comportamentos com dificuldade quanto à espontaneidade parental no tocar, conversar, aproximar-se do filho RN.

4.4 Processo de formação da ligação afetiva entre o recém-nascido e seus pais

A ligação afetiva entre os pais e um novo recém-nascido não acontece instantaneamente; ela deve ser vista como um processo contínuo. Em função das experiências recém-vividas, eles podem se sentir inadequados, culpados, deprimidos ou ressentidos ao observarem as necessidades de seu filho que necessita permanecer na unidade neonatal. A equipe, sempre atenta a este funcionamento parental, especialmente nos momentos que conversa ou orienta os pais e os familiares, deve sinalizar indicativos da ligação afetiva, apontando condutas do recém-nascido que respondem à proximidade, aos toques e às vozes dos pais. Assim, são protegidos de sentimentos de inadequação frente a esta situação. Facilitar o contato, mostrar competências do filho, contar sobre algumas preferências, como posturas que o RN escolhe, expressões faciais observadas, ajudarão os pais a descobrirem os caminhos para a proximidade afetiva com seu filho na unidade neonatal.

A característica principal da ligação afetiva é que pais e recém-nascido tendem a se manter próximos um do outro. Quando, por qualquer razão, eles se separam, poderemos observar que cada um procurará o outro a fim de reatar a aproximação física. O RNPT tem dificuldades para buscar esta proximidade com seus pais e necessita da ajuda da equipe de saúde para que isso ocorra. No entanto, observamos com frequência mudanças comportamentais desses RNs pela proximidade materna, pelo reconhecimento da voz paterna e mesmo fraterna. Sinalizar tais observações aos pais os empondera na parentalidade, pois experimentam o reconhecimento do filho por meio dos registros que ele possui do período gestacional.

4.4.1 Momentos significativos para a formação da ligação afetiva

Existem momentos significativos para a formação dos laços afetivos. São eles:

4.4.1.1 Pré-história da ligação afetiva

A pré-história da ligação afetiva corresponde ao desejo de ter filhos e ao planejamento da gravidez. Porém, não devemos fazer um julgamento precipitado quando achamos que um recém-nascido não será amado simplesmente porque os pais relatam que ele não foi planejado e desejado, pois o desejo de ter filhos pode ser consciente ou inconsciente. Logo, os pais de um RN que não foi programado ou inicialmente desejado poderão desenvolver uma boa ligação afetiva com seu filho. Em muitos casos, o próprio recém-nascido desencadeia ou responde a condutas parentais, por meio de um repertório comportamental capaz de seduzir a figura materna e a paterna. Ele pode realizar isso anterior ou posteriormente ao seu nascimento.

Assim, o início da relação afetiva, em geral, ocorre durante a gestação. Alguns de seus sinais referem-se à confirmação da gravidez e sua aceitação, ter interesse em aprender sobre o futuro RN, como, por exemplo, descobrir o ritmo de seus movimentos, as situações ou momentos em que ele mais se movimenta, ter prazer e sentimentos positivos aos movimentos fetais (MONTAGNER, 2006).

É importante lembrar que também situações externas podem desencadear dificuldades na relação afetiva entre os pais e seu filho. O estresse durante a gravidez causado por dificuldades conjugais, perdas afetivas ou reais podem deixar a mãe com o sentimento de não ser amada; um aborto ou perda anterior de um filho podem causar na mãe o sentimento de desamparo, caso ela não tenha apoio ou que tais situações não sejam adequadamente avaliadas pela equipe obstétrica ou mesmo pela família. Essas situações que reconhecemos como causadoras de estresse, em alguns casos, interferem na formação da ligação afetiva, na preparação psíquica/emocional e mesmo objetiva (cuidados de pré-natal, organização do enxoval, do lugar para o RN na casa), todas necessárias para a chegada do recém-nascido.

4.4.1.2 Representações maternas e paternas durante a gestação

Conceituando representações maternas e paternas:

Por representações maternas, compreendem-se todas as fantasias, os desejos e os medos que acompanham a mulher na gestação. Podem ser positivas ou não.

Os pais também têm representações sobre seus recém-nascidos durante o parto, após o parto e mesmo acompanhando toda a vida do filho.

A gestação é acompanhada por representações maternas e paternas. À medida que o feto cresce e se desenvolve no útero materno, as representações sobre ele vão se desenvolvendo no psiquismo de seus pais. Em torno do quarto mês de gestação, é comum que essas representações sofram um salto quanto à riqueza e à especificidade. Essa riqueza nas representações sobre o recém-nascido pode ser desencadeada, por exemplo, pelos movimentos fetais ou pela ecografia, momentos estes em que a imagem do bebê se torna mais concreta para os pais.

Stern (1997) nos mostra que, entre o quarto e o sétimo mês de gestação, existe um rápido aumento na riqueza das representações sobre o futuro recém-nascido. As representações atingem um pico por volta do sétimo mês e, após esse período, tendem a diminuir e se tornam progressivamente menos claras, menos delineadas, menos ricas e também menos específicas. É como se os pais intuitivamente protegessem seu filho que está para chegar e a si mesmos de uma possível discordância entre o bebê real e o bebê que possuem em suas representações.

Entre o sétimo e o nono mês de gestação, os pais tendem a “desfazer” suas representações mais positivas de modo a evitar possíveis desapontamentos, buscando ajustar, o melhor que podem, suas representações na tentativa de criar um espaço mental para as futuras representações ligadas ao bebê real.

Devemos lembrar que o nascimento prematuro ocorre anterior a este tempo, o que implica que os pais pouco se aproximaram deste bebê real como propõe Stern (1997). Ou seja, existe um tempo menor para os pais ajustarem suas representações e, com isso, criar um espaço mental para as representações ligadas ao bebê real. Em muitos casos, como os pais não tiveram tempo para ajustar essas suas representações, eles irão fazê-lo após o nascimento de seu filho, e isso poderá representar um estresse adicional.

O distanciamento da criança que nasce pré-termo ou com quadro clínico que exige internação é profundamente diferente daquele desejado e pensado pelos pais e seria adequado um trabalho preventivo, durante o período gestacional e no período perinatal e neonatal, por meio de estratégias que vimos discutindo até aqui.

4.4.1.3 A preocupação materna primária

No estado chamado de *preocupação materna primária*, as mães – e também os pais – tornam-se capazes de se colocar no lugar do recém-nascido. Isso significa que as mães desenvolvem, no período final da gestação continuando após o parto, uma capacidade incomum de se identificar com seus filhos. Essa identificação permite que elas possam responder e atender às necessidades básicas dos RNs. Este funcionamento, descrito por Winnicott (1988) como um “adoecimento”, pois faz a mulher voltar-se para dentro de si mesma, ensimesmar-se enquanto descobre formas de se identificar com seu filho intraútero, inicia-se durante a gestação, sofre um acréscimo em suas últimas semanas e continua após o parto. Com o passar do tempo, observando o desenvolvimento da criança, além da participação paterna, as mães tendem a abandonar esse estado particular.

Este funcionamento vem sendo amplamente discutido no caso do nascimento antecipado ou de risco. Não chegar ao final da gestação e experimentar um parto diferente do desejado impõe algumas modificações nas experiências psicoafetivas, especialmente da mulher, nesta situação. Agman, Druon e Frichet (1999) discutem o conceito de “preocupação médico-primária”, quando a mãe “ocupa uma função mais médica que maternal”, o que é comum nas condutas maternas quando o recém-nascido se encontra internado. O que temos aqui é uma modalidade interativa que se tornou

possível graças a uma disposição materna de envolver-se com seu filho. Sem poder usufruir os aspectos prazerosos, como troca de olhares, proximidade física, diálogos tônicos e expressões faciais – os quais, indubitavelmente, estariam mais evidentes com o nascimento a termo – a mãe do RN internado procura um caminho para se aproximar daquele que “não lhe envia nada da própria imagem dela” (MATHELIN, 1999). A partir das informações que fazem parte de uma história que também é peculiar em função da hospitalização no início da vida, busca encontrar sinais de um bebê que, aos poucos, vai reconhecendo como seu, individualizando-o gradativamente (MORSCH; BRAGA, 2007). Portanto, a participação dos pais nos cuidados com o RN e a comunicação da equipe para com eles trarão um funcionamento mais tranquilo, pois eles estarão partilhando com a equipe tudo o que se refere ao seu filho, nesta situação.

4.5 Trabalho de parto

O apoio emocional, contínuo, dado aos pais no pré-natal e durante o trabalho de parto influencia, de modo positivo, as interações com o bebê durante a gestação e nas primeiras horas após o nascimento. Esse apoio pode ajudar a diminuir a incidência de cesarianas, bem como outras complicações do trabalho de parto, permitindo um tempo maior gestacional, prevenindo o nascimento de pré-termo extremo. Para muitas mulheres, o parto prematuro a impede de viver a expectativa dos sinais do feto mostrando que deseja nascer. Muitas vezes, sua ocorrência é de urgência, sem a possibilidade de organizar-se para dirigir-se a maternidade escolhida e desejada. Ou é vivido como a interrupção de uma hospitalização na qual ela se encontrava exposta a exames, cuidados, repouso, pouco participando das fantasias comuns a outras mulheres com gestações que seguem o curso da “normalidade”.

4.5.1 Estresse pós-traumático e ligação afetiva

O estresse pós-traumático pode ser causado por um parto longo e muito difícil. Como consequência, a mãe pode ter dificuldade na aproximação com seu filho após o nascimento ou culpá-lo por seu sofrimento. Pensamos que, nesta situação, um familiar muito próximo, como sua mãe, irmã mais velha ou uma amiga especial, possa ficar acompanhando o RN na unidade neonatal enquanto o pai ou outro familiar significativo para a mãe lhe oferece cuidado e atenção. No entanto, ela deve ser solicitada quanto às decisões sobre os cuidados com o filho, como escolher, assim que possível, as roupas que vão vesti-lo. Mostrar fotos do recém-nascido em posturas confortáveis, realizar visitas para contar a mãe sobre a criança por meio de profissionais da equipe são manejos recomendados que apresentam bons resultados na relação e na proximidade mãe-bebê. Em caso de nascimento prematuro, devemos estar atentos ao surgimento de sinais sugestivos de estresse pós-traumático com o objetivo de buscar intervenções que possam facilitar a formação e/ou o fortalecimento dos laços afetivos.

4.5.2 Após o nascimento

Com a ruptura da fusão com o recém-nascido, em função de seu nascimento, temos um momento de transição marcado pelo que chamamos *luto do bebê imaginário e adaptação ao bebê real*. O fato de os pais poderem ver, tocar e cuidar do filho, estarem próximos e serem apoiados por seus familiares e seu entorno, auxilia em sua melhor experiência parental. Portanto, encontramos aqui o suporte para as recomendações do MC quanto à proximidade pais-bebê na unidade neonatal, bem como a recomendação da posição canguru o mais precocemente possível, visando diminuir tais riscos.

Indicadores de ligação afetiva após o nascimento da criança:

Embora não seja tão simples definir este relacionamento duradouro, podemos pensar como seus indicadores:

- olhar prolongado.
- acariciar.
- aconchegar.
- abraçar.
- beijar.

Todas as condutas que mantêm o contato e que geralmente demonstram a existência de afeto.

4.6 Laços afetivos e nascimento pré-termo

Com o nascimento de um RN que é encaminhado para a unidade neonatal, surgem interferências iniciais quanto à espontaneidade dos pais em ver, tocar e cuidar do filho. O apoio recebido por parte da equipe de Saúde e da família ampliada é fundamental para facilitar que os pais possam descobrir formas de contato e proximidade com seu filho o mais precocemente possível. É importante termos claros que esta ligação afetiva não exige um imediatismo em sua ocorrência. Vejamos:

MacFarlane et al. (1978) – citados por Klaus, Kennell e Klaus (2000) – realizaram uma pesquisa com 97 mães em Oxford com o objetivo de pesquisar sobre quando a mãe sentiu amor por seu filho pela primeira vez. Os resultados por eles encontrados foram os seguintes:

- ▶ Durante a gravidez: 41%.
- ▶ No nascimento da criança: 24%.
- ▶ Na primeira semana após o parto: 27%.
- ▶ Depois da primeira semana pós-natal: 8%.

Os sentimentos amorosos e únicos dos pais por seu filho iniciaram ou aumentaram depois que eles puderam ter um momento tranquilo e privado junto a ele. Durante a posição canguru, temos momentos especiais para que isso aconteça. Dessa forma, assim que observarmos estabilidade clínica no recém-nascido e disponibilidade materna e paterna para que isso aconteça, deve ser estimulado tal contato, da forma mais privada possível. Em alguns locais, a equipe organiza a localização da cadeira

buscando esta possibilidade, como, por exemplo, virar a cadeira que a mãe vai utilizar voltada para a parede, diminuindo a interferência do que se passa no ambiente.

4.6.1 O contato inicial

Pais e filho possuem uma série de recursos internos para, juntos, lidarem com os momentos iniciais. A principal tarefa dos cuidadores nesse momento é permitir que tais recursos naturais se desenvolvam sem interferências desnecessárias. Responder às dúvidas com informações claras e concisas, realizar pequenos assinalamentos sobre o RN ajudam os pais a relaxarem e se aproximarem do filho na unidade neonatal.

Quando mãe e filho ficam juntos depois do nascimento, inicia-se uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, que contribuem positivamente para a ligação da mãe a seu recém-nascido, o que vai gradualmente unindo-os e contribuindo para o posterior desenvolvimento do relacionamento. Sabemos que, para o nascimento prematuro, esse contato inicial pode ocorrer quando o RN já se encontra na unidade neonatal. Logo, caberá à equipe de Saúde proporcionar um contato inicial em um ambiente acolhedor, apoiando um contato íntimo dos pais com seu filho.

4.6.2 Mãe e pai prematuros

Quando a criança nasce pré-termo, a preocupação inicial dos pais é com a sobrevivência de seu filho. Caso estiverem presentes sentimentos de culpa, isso irá aumentar sua ansiedade e sua preocupação. Os pais temem que algo que tenham feito ou deixaram de fazer durante a gestação seja a causa do nascimento antecipado de seu filho.

O nascimento de um recém-nascido pré-termo representa um momento de crise para a família, um período limitado de desequilíbrio e/ou de confusão, durante o qual os pais podem ficar temporariamente incapazes de responder ou se comunicar com o filho. Conhecendo de forma gradativa a situação, reconhecendo as necessidades e as competências do filho recém-nascido, conseguem desenvolver recursos, fazendo uso de suas reservas internas e/ou da ajuda de outros para voltar a um estado de equilíbrio.

É importante lembrar que, quando a mãe esteve por um longo período de repouso ou internada, na tentativa de prolongar sua gestação o máximo possível, os pais podem sentir-se aliviados por saberem que conseguiram levar a gestação adiante e que, assim, contribuíram para aumentar as chances de sobrevivência de seu filho. Para eles, o nascimento do RN, mesmo antes do termo, pode, por vezes, representar uma vitória. Mas isso não significa a regra. Sempre que possível, quando a gestante se encontra internada, é importante orientar os pais para o fato de que seu filho poderá ser levado para a unidade neonatal após o nascimento para receber os cuidados indicados.

4.6.3 Passos em direção à ligação afetiva em caso de nascimento prematuro

1. O relacionamento dos pais com seu recém-nascido pré-termo busca nos relatórios médico-laboratoriais o reconhecimento do filho e pontes para a compreensão de suas necessidades.

2. Os pais sentem-se encorajados com o comportamento reflexo e automático, mas ao mesmo tempo cuidadosos e criteriosos, que observam durante os cuidados médicos e de enfermagem.
3. Os movimentos mais responsivos do recém-nascido são constantemente observados por eles. Por exemplo, quando o filho se vira na direção da voz de um profissional da equipe de Saúde, abre os olhos ao escutar seu nome pelas portinholas da incubadora.
4. Os pais tentam interagir com seu filho. Quando falam com ele e este se vira em direção a suas vozes, ou quando o acariciam, percebem que ele se acalma, o que costuma deixá-los felizes e empoderados em sua interação.
5. O quinto e último estágio é aquele no qual os pais se sentem confortáveis em pegar seu filho, segurá-lo, permanecerem com ele em posição canguru. Eles começam a ver que podem confortá-lo e tratá-lo como o bebê realmente é: uma pessoa.

Lembremos que esses passos nem sempre são tão evidentes para quem os observa, e que às vezes se sobrepõem. Eles podem durar minutos, horas ou alguns dias, dependendo do estado do recém-nascido, dos recursos internos dos pais, bem como do apoio da equipe de Saúde. Mas, apoiados, os pais sentem-se encorajados a tocar seu filho, entrar em contato com ele. É importante não confundir apoio com pressão para que os pais toquem ou executem atividades com seu filho.

Certos eventos considerados como normais – e previsíveis – para a equipe de Saúde quando o recém-nascido está apresentando melhoras são, às vezes, causa de ansiedade e temor para os pais. Por exemplo, a reorganização por parte do RN para respirar sem apoio de O_2 , sua luta contra a sonda, o aleitamento no seio, a ida para a UCINCa, a ida para casa na alta para a terceira etapa Compartilhada e a própria alta do Método Canguru.

4.6.4 Período sensível para a formação dos laços afetivos

Muitos estudos realizados sobre a formação dos laços afetivos concordam quanto à existência de um período sensível para a experiência do apego. Isso não quer dizer que todos os pais e todas as mães desenvolvem uma ligação afetiva com seus filhos em seus primeiros contatos. Devido às diversas influências ambientais, à história de vida de cada um, às experiências pessoais, alguns pais e mães podem não reagir de forma padronizada e previsível. As diferenças individuais são também um fator que influencia suas reações.

Quando os pais têm a oportunidade de estarem juntos com seu filho de forma privada na primeira hora após o parto e durante toda a permanência no hospital, recebendo apoio em relação aos cuidados do recém-nascido, cria-se um ambiente propício à formação e ao fortalecimento dos laços afetivos.

4.6.5 Como podemos contribuir para a formação dos laços afetivos duradouros?

Facilitando os contatos iniciais dos pais com seu filho

Sempre que possível, a mãe deve ver e tocar seu filho na sala de parto, antes que ele seja levado para a unidade neonatal. É importante que ela já tenha sido informada sobre o local para onde seu filho será levado, tenha conhecido a unidade neonatal antes do nascimento do seu filho, se desejado por ela e por seu companheiro, e que tenha conversado sobre os cuidados que ele receberá e sobre sua participação durante a internação. Para tal, será estimulada a ir vê-lo logo que esteja em condições. Caso existam restrições à sua deambulação, uma cadeira de rodas poderá ajudar para que isso aconteça com mais segurança. Isso é fundamental nos casos em que a equipe esteja preocupada com o recém-nascido e conclua que o encontro entre ele e a mãe deva ocorrer rapidamente.

Visitando a mãe precocemente

É indicado que alguém da equipe de Saúde visite a mãe em seu quarto enquanto ela não estiver clinicamente bem para dirigir-se à unidade neonatal. Com isso, ela recebe notícias, conhece e inicia seu relacionamento com a equipe que recebeu seu filho para os cuidados necessários.

Acompanhando a mãe no primeiro encontro com seu filho

No primeiro encontro dos pais com o RN, é fundamental que um profissional da equipe de saúde os receba, os conduza na unidade neonatal, oferecendo informações sobre a criança, as observações realizadas, suas necessidades de cuidado e atenção.

Com frequência os pais não sabem que podem tocar, acariciar, falar com seu filho. Podem sentir-se intimidados e confusos. Cabe à equipe orientá-los e informá-los da importância de sua proximidade física e sobre as possibilidades de participarem dos cuidados do filho, sobre a recomendação da posição canguru, neste espaço hospitalar.

Deve-se evitar pressioná-los para rapidamente tocarem e falarem com o RN. Isso pode ser desconfortável e os pais estarão mais preparados se tiverem tempo e apoio para realizar o “trabalho de luto” surgido pela perda do que não foi possível – chegarem ao final da gestação. A vulnerabilidade dos pais de RNPT, por sentirem-se responsáveis por qualquer evento negativo com seu filho, encontra-se muito presente.

A mãe, durante o primeiro encontro, pode se sentir desconfortável, apresentar tonturas e mal-estares vendo seu filho pela primeira vez na unidade neonatal. Por isso, é importante ter uma cadeira disponível próxima à incubadora. Muitas mulheres podem assim se sentirem e não comunicam o fato para o profissional ou mesmo para seu acompanhante. Cabe ao profissional da equipe observar palidez, pequenos gestos indicativos para oferecer ajuda e conforto.

Os pais podem repetir perguntas, questionar manuseios, intervenções que observam em seu filho e mesmo em crianças que se encontram próximos. O profissional que os acompanha deve orientá-los, informá-los, pois encontram-se pouco próximos de toda a realidade que o universo de uma unidade neonatal oferece. Poucos dias, ou mesmo poucas horas após, já serão capazes de entender os processos que ocorrem e poderão, inclusive, ajudar novos pais em suas dúvidas.

4.7 Tornando o ambiente da unidade neonatal acolhedor para os pais

O ambiente da unidade neonatal deve prever, em sua organização, a presença constante e ativa de várias pessoas – o recém-nascido, seus pais e a equipe de cuidados. Portanto, este espaço de atenção e cuidado deve organizar-se para oferecer o máximo de conforto e adequação para que cada um destes personagens consiga desempenhar suas funções e tarefas da forma mais tranquila possível: o número de incubadoras, ou mesmo o número de leitos maternos no caso da UCINCa, a existência de cadeiras para a equipe e também para os pais, o cuidado com o barulho, a luminosidade. Além disso, banheiros para os pais, sala de convivência, lugares privados para conversas com a equipe ou mesmo da família. Isso fará com que eles se sintam menos intimidados diante da estrutura hospitalar e conseqüentemente mais disponíveis para sua participação nos cuidados para com o recém-nascido.

4.7.1 Ajudando os pais a não se sentirem diminuídos e envergonhados diante de seu filho

Pais que se sentem inadequados podem interromper as visitas ao RN ou deixar de tocá-lo, de conversar com ele, o que não queremos que aconteça, haja vista que os cuidados dispensados pelos pais a seu bebê, qualificam sua recuperação. Caso observemos que os pais estão estimulando muito seu filho, ou mesmo adotando posturas ou manejos que consideramos não adequados naquele momento que se encontra o RN, é preciso orientá-los. Isso exige que o profissional se utilize de palavras e mesmo de ações extremamente carinhosas, cuidadosas, para que eles não pensem que estão sendo importantes em seu contato para com o recém-nascido.

4.7.2 Observando o recém-nascido junto a seus pais

O Método Canguru tem estimulado seus profissionais a observarem comportamentos e formas de expressão dos recém-nascidos a quem dispensam seus cuidados para o conhecerem e auxiliarem na instalação de sua subjetividade. As informações que armazenam sobre cada um destes RNs devem ser compartilhadas com seus pais. Conversar sobre suas capacidades interativas, suas condutas frente a mudanças de intervenções, posturas preferidas, condutas na ausência da mãe e do pai, semelhanças físicas com alguém da família, estabelece para a criança e mesmo para sua família um lugar privilegiado e único.

Mesmo um recém-nascido em estado grave interage com seus pais. Vemos diferentes formas disso acontecer em nosso dia a dia. Por exemplo, quando os pais colocam seu dedo junto à mão ou ao pé do RN (mesmo que este aparentemente não responda), pode existir uma troca afetiva. O RN é capaz de sentir o pulsar dos vasos sanguíneos localizados nos dedos dos pais; o que é uma forma de interação que pode emocionar os pais e fortalecer os laços afetivos.

4.7.3 Apoiando os pais a participarem dos cuidados ao recém-nascido

A participação dos pais nos cuidados com seu filho os ajuda quanto à sua parentalização. Os pais sentem-se mais capacitados em suas funções quando podem cuidar de seu filho – ajudar na organização da incubadora, na higiene, o envolverem na posição canguru, discutirem com a equipe sobre como o RN está evoluindo ou quais são suas necessidades.

Tais questões devem ser conversadas com a mãe e o acompanhante, ou pode-se fixar pequenos bilhetes na incubadora, como os apresentados em seguida, estimulando esta participação.

– Oi, lembre-se de que minha mãe quer participar de minha alimentação e de minha higiene. Vamos convidá-la para trocar minha fralda?
– Eu agradeço com um beijo.

– Já estou saindo daqui, devo logo ir para a UCINCa com minha mãe muito mais pertinho de mim!
– Obrigada por tudo, adoraria que você fosse me visitar!

– Hoje estou contente, pois, apesar de estar usando sonda, vou poder sugar no peito de minha mãe enquanto estiver na posição canguru.
– Vai ser uma boa experiência. Eu agradeço.

Lembrete: estas são algumas sugestões, mas você poderá criar outros avisos, recados, mais adequados às condições e às rotinas de sua unidade neonatal e ao momento do recém-nascido.

4.7.4 Escutando atentamente o que os pais têm a dizer

É importante que os pais possam falar e se sentir compreendidos com relação a suas dúvidas e medos, seus sentimentos, suas vivências do período gestacional, trabalho de parto, parto e pós-parto, bem como outras dificuldades que estejam enfrentando.

4.7.5 Iniciando a posição canguru assim que possível

A posição canguru propicia o desenvolvimento dos laços afetivos de modo natural, pois permite que os pais possam ter um contato pele a pele íntimo com o recém-nascido, ajudando-os a se sentirem mais confiantes em si mesmos. A posição canguru diminui, também, o estresse da criança, evitando o aumento do nível de cortisol e, em consequência disso, protegendo o cérebro do RN de possíveis danos.



4.8 Considerações sobre o desenvolvimento psicoafetivo do recém-nascido pré-termo

Objetivo:

- ▶ Conhecer particularidades do desenvolvimento psicoafetivo do recém-nascido pré-termo que possam ajudar na assistência dele.

Os avanços em Neonatologia permitem que, crescentemente, um recém-nascido pré-termo de muito baixo peso seja salvo. Os profissionais que compõem a equipe de Neonatologia cada vez mais se preocupam com a qualidade de vida dessas crianças e se questionam sobre o que o recém-nascido pré-termo sente e o que ele vivencia em uma unidade neonatal.

Busca-se sempre compreender o que expressa o recém-nascido pré-termo com suas mímicas, seus gestos, suas posturas, com o objetivo de prestar cuidados de saúde que levem em consideração o *RNPT como sujeito e não como objeto de cuidados*. Fabre-Grenet, já em 1993, fala que todos os sinais que o pré-termo nos mostra serão a tradução de seu estado de conforto ou desconforto, de equilíbrio ou de estresse. Reconhecer estas diferentes manifestações significa respeitá-lo como ser-sujeito dotado de emoções, sujeito expressivo que reage ao ambiente; que pode mostrar que sente dor e que sente prazer e conforto, ou seja, vem construindo sua individualidade. Esta sua expressividade vista e significada pelo entorno lhe oferecerá a sensação de estar sendo *cuidado*.

Para o desenvolvimento psíquico ocorrer, é necessário cuidar do corpo do recém-nascido pré-termo a partir de uma interatividade que privilegia a comunicação, seu significado com respostas contingentes a ela por parte da equipe e por parte dos pais.

4.8.1 Bases do desenvolvimento psicoafetivo do recém-nascido

A vida psicoafetiva do recém-nascido é considerada como tendo dupla ancoragem: corporal e interativa entre o RN, seus pais ou seus substitutos. Contudo, logo ao nascer, a criança, por necessidade vital, pode ser separado de sua mãe (que, por vezes, fica em outra unidade hospitalar) e também de seu pai.

Do mesmo modo que o RNT necessita de carinho, reconforto, cuidados por parte de seus pais, o RNPT necessita mais ainda, devido às suas condições, experiências de dor e estresse. Mas a necessidade urgente de melhorar seu estado e auxiliá-lo a viver exige que ele seja intubado, ventilado, que se realizem coletas e punções com frequência e durante um período mais ou menos longo.

Submetido aos ruídos provocados por sua incubadora, cujas portinholas às vezes são fechadas sem delicadeza, assim como as luzes por vezes muito fortes, o recém-nascido e a equipe médica lutam juntos por sua sobrevivência. Desde o início de suas orientações, o Método Canguru tem se voltado para intervenção na ambiência das unidades neonatais. Um exemplo é o uso de protetores sobre as incubadoras para controle e diminuição da luz que incide sobre a criança. Outras unidades têm conseguido utilizar controles na própria lâmpada, protetores para diminuir ruídos nas pias, nas portinholas das incubadoras ou lixeiras próximas a ele.

4.8.2 Sinais de que algo não vai bem com o recém-nascido pré-termo

Profissionais que se ocupam do recém-nascido pré-termo buscam cada vez mais identificar nele sinais de que algo não vai bem, com o objetivo de proteger seu psiquismo nascente.

Apesar de muito pequenos, os RNPT exprimem, a seu modo, sua vivência interna. Os profissionais que se ocupam desses recém-nascidos sabem que eles são capazes de manifestar prazer, dor, de buscar contato e de fugir do contato quando não suportam o excesso de dor, de estimulação ou de estresse.

Sparshott (1990) refere-se ao choro silencioso e à posição da língua em taça em recém-nascidos internados na UTI neonatal, em estado grave, como resposta ao sofrimento. Ela observou também respostas de inércia como sendo provocadas pelo sofrimento. Outras crianças pouco interagem com a equipe e com os pais, permanecendo muito tempo com o olhar fixo em algo brilhante ou colorido da incubadora ou mesmo do tubo que lhe oferece oxigênio. A observação destas condutas exige medidas urgentes de intervenção por parte da equipe, buscando proteção para com o estado mental do RN. Uma entrevista com a família, a observação do manejo da criança pela equipe, as respostas do RN à sua intervenção encaminhará possibilidades de intervenção.

4.8.3 Defesas do recém-nascido à dor e ao estresse prolongados

Ao longo dos cuidados indispensáveis à sua sobrevivência, a criança pode utilizar-se de recursos para se resguardar e se proteger das estimulações dolorosas.

Um adulto ou uma criança maior podem usar meios como gritar e se recusar a se submeter a procedimentos dolorosos. Porém, o recém-nascido pré-termo normalmente faz uso de outros recursos, ou seja, de defesas que, quando usadas excessivamente, podem prejudicar seu desenvolvimento psicoafetivo. Essas defesas podem ser, por exemplo:

Sono como recusa de contato – É importante observar se o sono da criança deve-se à fadiga ou é uma forma de retraimento e de recusa de contato com seu meio, após um período prolongado de cuidados intensivos.

Fixação adesiva do olhar – recém-nascidos que padeceram com tratamentos indispensáveis à sua sobrevivência podem desenvolver a conduta de fixar seu olhar de modo adesivo em um reflexo sobre a incubadora, sobre um cano inoxidável ou sobre outro objeto.

Quando uma “estimulação” – de qualquer ordem – é imprópria em intensidade ou qualidade, ela pode levar o RN a defender-se contra ela. Já uma “estimulação” adequada – de qualquer ordem – o conduzirá a reagir positivamente e a buscar interação. Ao favorecer a qualidade de vida do recém-nascido em sua incubadora, ao melhorar o contato dele com sua mãe e seu pai durante sua permanência na unidade neonatal, diminui-se a separação, evitando rupturas na relação, a qual deve ser a mais contínua possível nos primeiros anos de vida.

Ao se interagir com o recém-nascido no hospital, deve-se respeitar seu ritmo, bem como suas condições físicas, sem, no entanto, privá-lo dessa interação.

4.8.4 A prevenção do sofrimento na UTI neonatal

Os meios necessários à detecção do sofrimento são ainda subestimados. No entanto, atualmente há um interesse crescente pela “segurança psíquica” do RN como forma de atenção humanizada, buscando-se formas de minimizar o sofrimento ao máximo e, se possível, evitá-lo.

A ida do recém-nascido para a UCINCa deve oferecer proximidade e intimidade com a figura materna, o que apoia o sentimento de competência materna, mesmo em relação a um recém-nascido frágil como ele se apresenta no hospital, pois permite-lhe conhecer seu filho e cuidar dele. Vale lembrar-se de que o atendimento adequado aos pais possibilita menor permanência do recém-nascido na UTI e menos sofrimento psíquico para todos.

4.8.5 Intervenção no ambiente humano da unidade neonatal

Sabe-se que, além de intervir no ambiente físico, deve-se também intervir no ambiente humano que cerca a criança para que a melhora e o desenvolvimento futuro do RN sejam os mais harmoniosos possíveis.

A seguir, iremos apresentar algumas sugestões de intervenção no ambiente humano da UTI neonatal. Lembre-se: tratam-se somente de sugestões que devem ser adaptadas a cada criança, bem como às rotinas de sua unidade neonatal.

1. Auxilie os pais a participarem dos cuidados prestados ao seu filho, pois são eles que melhor o conhecem e sabem do que ele necessita.
2. Busque uma relação pessoal com o recém-nascido e crie uma rotina humana de comunicação e interação com ele.
3. Avise ao RN que você está começando seu expediente na unidade neonatal e que se ocupará dele.
4. Aqueça as mãos friccionando-as para aquecê-las antes de tocar a criança.
5. Converse com o recém-nascido antes de iniciar um procedimento, dizendo-lhe que você deseja ajudá-lo para que, o mais rápido possível, ele possa sair do hospital e ir para sua casa.
6. Explique por que ele está na unidade neonatal e que seus pais permanecem com ele, mas neste momento você irá cuidar dele (procure falar antes de tocar, para não estimulá-lo excessivamente).
7. Avise-o de que o procedimento terminou e que você vai lhe oferecer conforto por meio de seu toque. (Você verá as formas de conforto no módulo dedicado aos cuidados do recém-nascido).
8. Dirija-se a ele pelo nome.
9. Avise-o de que outra pessoa virá ficar com ele quando você for se ocupar do recém-nascido pela última vez antes de encerrar seu expediente.
10. Compreenda suas necessidades de carinho e atenção, contato pele a pele etc.
11. Caso seja possível, evite o estresse do recém-nascido com procedimentos desnecessários ou quando ele estiver dormindo.
12. Oferecer o mais cedo possível a possibilidade de a mãe e mesmo o pai realizarem a posição pele a pele. Isso reconforta o RN, pois ele estará próximo do corpo materno e paterno, sendo banhado pelo cheiro, pela voz, pelo ritmo e pela subjetividade da dupla parental.

A contribuição da equipe para assegurar um ambiente afetivo para o recém-nascido é muito importante.

O conhecimento dos subsistemas descritos pela Dr^a Als (1982) é muito útil na orientação dos pais quanto ao tipo de interação e quantidade de estímulo que o recém-nascido pode suportar. Algumas dicas:

- ▶ Você percebe que os pais estão ansiosos para que seu filho abra os olhos e olhe para eles, mas sabe que, devido às suas condições, ele não está capacitado para isto neste momento, pois ainda não desenvolveu seu subsistema de atenção/interação social. Você pode ajudar explicando por que o RN ainda não consegue abrir os olhos, trocar olhares, mas que isso ocorrerá em tempo oportuno.

Para não deixar os pais desencorajados, explique-lhes que eles podem interagir com seu filho de outras formas, como:

- ▶ Oferecer o dedo para o RN tocar ou segurar segundo suas possibilidades.
- ▶ Tocar e acariciar o recém-nascido.
- ▶ Falar-lhe docemente (evitando tocá-lo, para não usar mais de uma modalidade interativa de cada vez, a fim de não estimulá-lo excessivamente).
- ▶ Realizar posição canguru pelo tempo que for prazeroso e confortável para a mãe e para o recém-nascido.
- ▶ É importante explicar aos pais e ajudá-los a identificar condutas que permitam observar que o recém-nascido sente sua presença e seu toque e que gosta muito de ser tocado por eles.

Por vezes, pai e mãe tentam interagir com seu recém-nascido ao mesmo tempo. Nesses casos, deve-se observar se o RN suporta a quantidade de estimulação ou se está apresentando sinais de estresse. Caso isso ocorra, oriente-os para que procurem interagir alternadamente. Recomenda-se discrição nessas orientações, para não provocar sentimentos nos pais de que eles são inadequados, desajeitados ou incompetentes.

4.9 A função psicológica da pele

O eu-pele desenvolve-se a partir das experiências precoces ligadas à superfície da pele.

Existe uma influência precoce e prolongada das estimulações táteis sobre o funcionamento e o desenvolvimento do recém-nascido.

Na unidade neonatal, é importante que o RN possa vivenciar experiências gratificantes por meio de sua pele. A contribuição dos pais ou de seus substitutos é de importância capital. O Método Canguru muito contribuiu para que essas experiências positivas aconteçam, pois é no contato pele a pele que uma grande superfície do corpo da criança e da mãe se encontram realizando diferentes trocas – táteis, auditivas, sensoriais globais, entre outras. Também os profissionais da equipe de Saúde podem contribuir positivamente para proporcionar experiências agradáveis ao recém-nascido por meio do cuidado com suas manipulações e manuseios.

4.10 Holding

Holding (WINICOTT, 1988) significa que mãe, pai ou substituto seguram o RN, mas também o retêm, o contêm, o sustentam etc. Trata-se de uma relação direta entre eles e seu filho.

O *holding*:

- ▶ Protege das agressões fisiológicas.
- ▶ Leva em consideração as sensibilidades cutânea (tato, temperatura), auditiva, visual e gravitacional.
- ▶ Inclui a rotina completa do cuidado, dia e noite.

Winnicott (1988) considera que o *holding* inclui especialmente o *holding* físico. No entanto, existem os aspectos afetivos e psicológicos ligados ao *holding*. Este é indispensável, segundo o autor, para o desenvolvimento inicial do potencial do recém-nascido. Ele abrange tudo aquilo que uma mãe faz por seu filho. No caso de nascimento prematuro, a mãe fica, momentaneamente, privada de oferecer o *holding* enquanto a criança não se mostrar estável para ser conduzido aos seus braços. No entanto, pode oferecer outra forma de contenção e sustentação por meio do envelope psíquico – seu olhar, sua preocupação, toques contingentes que ofereçam ao seu recém-nascido sensação de conforto e proximidade.

4.10.1 *Holding e unidade neonatal*

Por vezes, as mães ficam olhando longamente seu filho dentro da incubadora, mas assim que percebem que ele necessita de ajuda, com delicadeza e cuidado, posicionam seu braço de forma mais confortável, ajustam sua cabeça, evitam que ele puxe a sonda ou que, ao levantar sua cabeça, por falta de controle motor, ela venha a cair bruscamente. As mães intervêm rápida e delicadamente, colocando a mão sob a cabeça do filho, trazendo-a docemente até posicioná-la de forma suave – às vezes, esses gestos são quase imperceptíveis para o observador.

Em outros momentos, ela oferece a seu filho o que Winnicott (1998) chama de contato sem atividade, onde ambos, relaxados experimentam um tônus não invasivo mas contenedor.

Apesar de não se encontrar no funcionamento psíquico exclusivo da maternagem, o profissional também oferece cuidados permeados pelo *holding* para com o recém-nascido pré-termo. O cuidado do profissional ao colocar o RN lentamente na balança na hora de pesá-lo ou quando o deita suavemente, quando o posiciona na incubadora, troca suas fraldas. Agindo assim, está protegendo a criança da *sensação de queda*, desconhecida quando se encontrava no útero materno pela ausência da gravidade. Isto pode assustá-lo muito, pois, como ele não adquiriu noção de tempo e espaço, cair momentaneamente significa, para ele, cair eternamente, segundo Winnicott (1988).

4.11 *Handling*

Handling (WINNICOTT, 1988) descreve os cuidados de manipulação, o manuseio do recém-nascido.

O cuidado do recém-nascido pré-termo, especialmente na primeira etapa do Método Canguru, é realizado, na maior parte do tempo, pela equipe de Saúde, devido às condições da criança. No entanto, a equipe permanece atenta para solicitar a participação dos pais nos manuseios e nos cuidados com o recém-nascido o mais rápido possível. Esse manuseio da equipe e, especialmente, o cuidado para colocar os pais como os principais cuidadores do filho levam em consideração que o RN, por mais pré-termo que tenha nascido, é uma pessoa. Assim, deve-se observar sua pele, seu choro, as mímicas que demonstram desagrado, buscando ajustar seu manuseio, pelos pais ou mesmo pela equipe, aos sinais que ele demonstra.

4.12 A vida afetiva: chave do desenvolvimento

Necessidades afetivas do recém-nascido:

1. Necessidade de uma relação afetiva estável e segura

O recém-nascido necessita de relações contínuas com seus pais ou substitutos. Especialmente quando se encontra em uma unidade neonatal, precisa dessa relação afetiva segura e estável.

2. Necessidade de se sentir compreendido

A presença e o suporte dos pais permite que conheçam melhor seu filho, compreendam e entendam seus modos de expressão, alcançando melhor interação. É importante que a equipe de Saúde compreenda essa necessidade minimizando a falta de privacidade e as separações do recém-nascido e seus pais.

3. Necessidade de sentir-se ativo no seio da interação

O recém-nascido hospitalizado participa da interação com seus pais utilizando os recursos possíveis na dependência de seu nível de desenvolvimento. Observe-o quando a mãe aproxima seu dedo da mão do RN, observe suas expressões faciais quando a mãe fala com ele. Sendo capaz de manter uma interação visual, ele pode começá-la e mesmo interrompê-la quando sentir necessidade.

4. Necessidade de descobrir e de conhecer

O observador atento pode perceber que, quando o recém-nascido começa a melhorar e é capaz de utilizar seus subsistemas motor, de organização dos estados de vigília-sono e de atenção-interação social, ele busca conhecer e descobrir o meio ambiente que o circunda.

Quando o RN consegue estabelecer com sucesso a comunicação com seus pais, um desenvolvimento normal se inicia.

C. Mathelin (1999, p. 42), em seu livro *Le sourire de la Joconde*, lembra que “todo ser humano tem necessidade de comunicação e que a extrema imaturidade não impede que o RNPT deseje ser compreendido pelo outro”. Podemos dizer que os demais recém-nascidos que fazem parte de nossos cuidados nas unidades neonatais também possuem, por meio de seu corpo, formas de se comunicarem, realizando suas solicitações”.

Referências

AGMAN, M.; DRUON, C.; FRICHET, A. Intervenções psicológicas em neonatologia. In: WANDERLEY, D. de B. **Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade**. Salvador: Ágalma, 1999. p. 17-34.

ALS, H. Toward a syntactic theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. **Infant Mental Health Journal**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 229-243, 1982.

BAUMANN, N.; BARTMANN, P.; WOLKE, D. Health-Related Quality of Life Into Adulthood After Very Preterm Birth. **Pediatrics**, [S.l.], v. 137, n. 4, p. 2015-3148, Mar. 2016.

- FABRE-GRENET, M. Les moyens de communication du prématuré. In: BUSNEL, M. C. (Org.). **Le langage des bébés: savons-nous l'entendre?**. Paris: Grancher, 1993. p. 105-117.
- FLACKING, R. et al. Closeness and separation in neonatal intensive care. **Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)**, Oslo, v. 101, n. 10, p. 1032-1037, 2012.
- KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- LEBOVICI, S. **Le Nourisson: la mère et le psychanalyste**. Paris: Paidós, 1983.
- MATHELIN, C. O. **Sorriso de Gioconda**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.
- MONTAGNER, H. **A árvore criança: uma nova abordagem do desenvolvimento da criança**. Lisboa: Instituto Piaget, 2006.
- MORSCH, D. S.; BRAGA, N. A. À procura de um encontro perdido: o papel da "preocupação médico-primária" em UTI neonatal. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 624-636, 2007.
- SPARSHOTT, M. **Pain, distress and the newborn baby**. [S.l.]: Blackwell Science, 1990.
- STERN, D. **A constelação da maternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- WINNICOTT, D. **Textos selecionados da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.



Método Canguru e cuidados sociais na unidade neonatal

Módulo 3



1 Redes sociais de apoio no contexto da internação neonatal

Objetivos:

- ▶ Compreender o funcionamento das redes de apoio em unidade neonatal.
- ▶ Apresentar a redes de apoio como suporte familiar no enfrentamento da internação do recém-nascido em unidade neonatal.
- ▶ Apresentar instrumentos de avaliação das redes de apoio que fazem parte da vida familiar.
- ▶ Demonstrar o uso dos instrumentos genograma e ecomapa como facilitadores de orientação familiar na busca e na utilização de suas redes de apoio.

Conceitos Básicos:

Rede social

Conjunto de seres com quem interagimos de maneira regular, com quem conversamos, com quem alteramos sinais que verbalizam e que nos tornam autênticos. São relações que compreendem não apenas a família, mas os vínculos interpessoais ampliados, como os amigos, os colegas de trabalho ou de estudo e inclui também as relações que são estabelecidas na comunidade (SLUZKI, 1997), entre elas os serviços de saúde, de credo religioso ou político, incluindo tanto as relações íntimas como aquelas ocasionais.

Genograma

Representação gráfica (por meio de símbolos que incluem basicamente círculos, quadrados e linhas) da composição familiar e dos relacionamentos em, pelo menos, três gerações. Ele permite visualizar quais são os membros que constituem a família, tenham eles vínculos consanguíneos ou não, identificando a idade e a ocupação (profissão/escolaridade) de cada pessoa, além de retratar o lugar ocupado por cada um dentro da estrutura familiar (CASTOLDI; LOPES; PRATI, 2006).

Ecomapa

Diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar os apoios e os suportes disponíveis e sua utilização pela família. É, essencialmente, um diagrama dos contatos da família com pessoas, grupos ou instituições, como escolas, serviços de saúde e comunidades religiosas. Pode representar a presença ou a ausência de recursos sociais, culturais e econômicos, sendo, eminentemente, o retrato de um determinado momento na vida dos membros da família e, portanto, dinâmico (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

Introdução

Compreender as questões da prematuridade e do baixo peso ao nascer, com o auxílio da concepção de rede de apoio, possibilita a identificação da teia de interações estabelecidas frente a esta situação de crise e o modo como as pessoas lidam com esta experiência. Nessa perspectiva, a prematuridade e o baixo peso podem ser entendidos

como um processo complexo que envolve vários aspectos: os biológicos/clínicos, próprios de cada criança, a relação dos pais/familiares e os diversos ambientes nos quais ela participa, como os serviços de saúde e as intervenções da equipe multidisciplinar. É um olhar para o ecossistema que envolve o RNPT/BP e sua família, os quais não podem ser abordados de maneira fragmentada (CUSTÓDIO, 2010).

1.1 Rede social de apoio

Adotar a perspectiva de rede no campo da Saúde, além de identificar a teia de interações estabelecidas frente a uma situação de crise e o modo como as pessoas lidam com a experiência da doença, permite elaborar uma intervenção com papéis e funções definidas.

No contexto da saúde perinatal, diante de uma situação de riscos, é fundamental conhecer os recursos pessoais e institucionais de que a criança e a família dispõem e de como esses recursos podem interferir no enfrentamento e na superação desta situação, além de servirem como fatores de proteção para o desenvolvimento dessas crianças.

Entre os níveis de rede em relação à saúde, está a rede social pessoal que se define como a soma de todas as pessoas/relações que o indivíduo percebe como significativas para ele (membros da família, vizinhos, amigos e outras pessoas capazes de aportar um apoio tão real como duradouro). De outro lado, está a rede social institucional, que diz respeito à rede de apoio oferecida pelos serviços de saúde disponíveis na instituição hospitalar, durante o nascimento e a internação do recém-nascido pré-termo e, posteriormente, pelos serviços dos Ambulatórios de Seguimento e pelas equipes da Atenção Básica de Saúde (ABS), especialmente da Unidade Básica de Saúde (UBS), entre outros serviços da rede intersetorial (SLUZKI, 1997; CASTOLDI; LOPES; PRATI, 2006).

1.1.1 Importância da rede de apoio

O apoio social é fundamental ao longo do desenvolvimento humano, sendo mais importante durante os períodos de transição e mudanças (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005; CUSTÓDIO; CREPALDI; LINHARES, 2014), como, por exemplo, o nascimento de um filho pré-termo e/ou de baixo peso, com asfixia, síndromes. Esta situação pode se configurar como uma crise aguda, com repercussões sobre todo o grupo familiar, podendo comprometer o estabelecimento dos vínculos afetivos e os cuidados destinados ao recém-nascido, bem como a trajetória de seu desenvolvimento (DESSEN; BRAZ, 2000).

A possibilidade de ter alguém que cuide dos pais faz com que os seus papéis, de pai e mãe, sejam mais facilmente desenvolvidos. Quando os pais dispõem de uma rede de apoio, o recém-nascido, além de não perder os pais, agrega para si outras pessoas que poderão lhe oferecer cuidados.

Considera-se, então, que as consequências em curto prazo do apoio social estão relacionadas ao incremento da capacidade da pessoa para enfrentar os eventos da vida. Em longo prazo, por sua vez, as consequências desse apoio dizem respeito ao

funcionamento saudável, o que denota características de resiliência e um desenvolvimento adaptativo (BRITO; KOLLER, 1999).

As mães de RNs hospitalizados apresentam uma necessidade particular de acolhimento para a sua dor e seu sofrimento e de serem reasseguradas em relação aos cuidados que desempenham frente a seus filhos, os quais necessitam de internação hospitalar e de cuidados especializados. Passam também por uma vivência intensa na qual se misturam desejo, culpa, medo e ansiedade e, por isso, apresentam uma necessidade especial de acolhimento para os seus sentimentos. As mães que são cuidadas e acolhidas, conseqüentemente, aumentam sua capacidade de reconhecer e de atender às necessidades do recém-nascido, ou seja, de serem, neste caso, mais responsivas com ele (LINHARES, 2002; BRITO; KOLLER, 1999).

Preservar os vínculos afetivos familiares por meio de um acolhimento à família é cuidar da saúde de todos os integrantes desse grupo e, portanto, garantir para o recém-nascido um espaço mais saudável, que contribua para o seu desenvolvimento.

As redes sociais de apoio possuem características que podem ser explicadas em termos de sua estrutura e sua funcionalidade.

1.1.2 Estrutura da rede de apoio

- ▶ *Tamanho*: refere-se ao número de membros que compõe a rede. Redes de apoio social de pequeno tamanho são menos efetivas em situações de sobrecarga de longa duração. Pode-se citar, por exemplo, os contextos que apresentam fatores de riscos conjugados, como é o caso de famílias que, além dos pais do RN estarem desempregados, apresentam também doença crônica (SLUZKI, 1997).
- ▶ *Densidade*: diz respeito às interações entre os próprios membros que compõem a rede, o que favorece a integração destes membros e permite a troca de impressões sobre a família, além da identificação das suas necessidades. Estas interações podem ocorrer entre: a equipe de Saúde e os pais, a equipe de Saúde e a família de origem, a equipe do hospital e profissionais da UBS, por exemplo (SLUZKI, 1997).
- ▶ *Dispersão*: distância geográfica entre a família e os membros da rede. Esta condição pode interferir dificultando a ajuda que a rede de apoio pode prestar, nas situações de crise. Por exemplo, uma família originária de outro estado ou mesmo de cidades muito grandes, cujos recursos de ajuda (família de origem ou serviços de saúde) encontram-se longe dela (SLUZKI, 1997).

1.1.3 Funções da rede de apoio/tipos de apoio

Os tipos de apoio recebidos ou percebidos pelos membros da família nuclear, ou que apresenta outra configuração (homoafetiva, monoparental, recomposta, entre outras), indicam as funções desempenhadas na rede, as quais podem ser (SLUZKI, 1997; BRITO; KOLLER, 1999):

- ▶ *Apoio emocional*: são as interações de estímulo e apoio, além da existência de uma empatia emocional e da boa vontade do outro.
- ▶ *Companhia social*: são as atividades realizadas em conjunto ou, simplesmente, o fato de os membros da rede estarem com a família. Destaca-se, por exemplo, a convivência da mãe com algum membro da família, amigo, profissional de saúde ou outra instituição com os quais possa compartilhar suas atividades.
- ▶ *Guia auxiliar*: é uma função que permite a troca de informações pessoais, familiares, esclarecimentos de dúvidas, rotinas do serviço e expectativas, além do membro da rede servir como modelo de cuidado. Observa-se esta função, por exemplo, quando a técnica de enfermagem orienta a mãe nos cuidados com o banho do recém-nascido ou quando o médico da UBS esclarece as dúvidas dos pais sobre o desenvolvimento da criança.
- ▶ *Ajuda prática*: é a interação que permite ajuda prática em si, tanto na organização quanto na execução das rotinas da família, atividades domésticas, nos cuidados prestados ao recém-nascido, como, por exemplo, a vizinha que cuida das crianças mais velhas ou ajuda no serviço da casa.
- ▶ *Ajuda material*: apoio prestado pelo fornecimento ou encaminhamento de recursos materiais, como cesta básica, condução para transportes, ajuda financeira entre outros.
- ▶ *Ajuda espiritual*: apoio percebido ou recebido pela família, por meio de crenças religiosas e/ou espiritualistas, que permite mudança na perspectiva subjetiva do processo saúde-doença. Isso quer dizer que este apoio permite à família atribuir outro significado para a sua experiência, facilitando o processo de enfrentamento.
- ▶ *Ajuda de serviços*: refere-se aos serviços de saúde, entre outros serviços da comunidade que oferecem atendimento e acompanhamento aos recém-nascidos e a suas famílias, bem como o tipo de apoio técnico recebido.

No que diz respeito à estrutura da rede de apoio, estudo demonstra que as famílias de crianças que se encontravam em unidades neonatais que apresentavam menor tamanho em sua rede social ao longo do tempo contavam com a presença de fatores de riscos psicossociais e de riscos para o desenvolvimento da criança. As redes sociais de tamanho menor são menos efetivas em situações de sobrecarga de longa duração, como, por exemplo, os contextos que apresentam fatores de riscos conjugados (SLUZKI, 1997).

Pode ser observada, por exemplo, esta condição em famílias cujos pais apresentam relação conjugal vulnerável. O pai, por sua vez, encontra-se desempregado e mantém um padrão de relacionamento conflituoso com sua família de origem. A presença destes indicadores no contexto da prematuridade aponta para riscos graves no desenvolvimento da criança. A atuação da equipe interdisciplinar na identificação de famílias com rede de apoio frágil e com a presença de riscos associados é imprescindível para o planejamento de ações que vislumbrem a redução de danos e a proteção do desenvolvimento da criança.

A funcionalidade das redes sociais é determinada pelo tipo de intercâmbio entre as pessoas que a constituem e o compromisso com a função que cada membro desempenha, sendo que mais de uma função de apoio pode ser desempenhada por um mesmo membro da rede. Normalmente, são as relações familiares e de amizade que tendem a abarcar, concomitantemente, um número maior de funções.

Durante a internação neonatal, por exemplo, espera-se que a equipe multidisciplinar ofereça apoio emocional, ajuda prática e funcione como guia auxiliar (orientações) junto à família. Da mesma forma, os avós maternos e paternos tendem a ser os membros da rede mais estáveis e que abarcam, simultaneamente, maior número de funções de apoio na rede social de famílias de crianças nascidas pré-termo e de baixo peso, caracterizando-se como fator de proteção.

As divisões das redes sociais de apoio em termos de relevância e tipologia possibilitam decidir qual rede pode ser ativada, desativada ou modificada em momentos de crise. Os profissionais de saúde devem detectar pais com experiências estressantes, a fim de planejar intervenções de apoio no período neonatal, o que poderá ajudá-los a lidar com as dificuldades da transição para a parentalidade. Prover suporte emocional e social para os pais pode moderar o efeito adverso dessa experiência estressante, bem como ter um efeito positivo na interação pais/bebê, visto que o impacto da qualidade desta interação é muito importante.

A promoção de saúde e o desenvolvimento das crianças nascidas pré-termo, de baixo peso ou com outros quadros clínicos, vão depender, além do engajamento da família e dos serviços de saúde, do tipo de interação estabelecida entre cada um desses microssistemas.

A saúde das pessoas está relacionada com o estabelecimento de uma rede social de apoio estável, ativa e confiável, entendendo que a carência relativa de relações sociais, desta natureza, seja considerada como um fator de risco para o desenvolvimento. Portanto, os apoios advindos da rede social dos pais interferirão significativamente ao longo dos momentos de impacto, enfrentamento e reorganização pelos quais as famílias certamente passam durante a situação de nascimento pré-termo.

Na internação neonatal e quando se aproxima a alta hospitalar do recém-nascido, é fundamental que a equipe de saúde saiba com quem os pais/família de fato podem contar. Nesse sentido, a rede social de apoio é um aspecto que deveria fazer parte da história clínica do RN e de sua família, influenciando diretamente nas condutas, nos encaminhamentos e no planejamento das intervenções na trajetória do crescimento e do desenvolvimento da criança.

1.2 Rede social de apoio institucional: articulação entre Atenção Hospitalar e Atenção Básica

Após a fase crítica da internação na unidade neonatal, a alta hospitalar passa a ser um novo marco no crescimento e no desenvolvimento do recém-nascido, que requer cuidados e monitoramento especiais. A mãe e os demais membros da família levam

para casa um recém-nascido ainda com poucos recursos de interação, e é comum algumas famílias precisarem de apoio, mesmo que a mãe esteja segura na alta hospitalar e o RN em bom estado clínico, pois irão se deparar com situações diferentes e prováveis dificuldades.

Seguindo a concepção de rede, deve haver uma conexão articulada entre a unidade neonatal que acompanhou o recém-nascido e a família durante a internação, com os serviços de saúde que passarão a acompanhá-los após a alta hospitalar. Em especial, neste caso, com a Atenção Básica, que novamente se reintegrará à rede social de apoio da família. A articulação entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica configura-se numa linha de cuidado que inicia no pré-natal na UBS, quando da identificação do risco gestacional, segue com a internação da mãe e do RN na maternidade e continua com o acompanhamento do RN, da mãe e da família nos diferentes contextos de cuidado, a saber – na UBS, no atendimento especializado ou no domicílio com a visita domiciliar.

1.2.1 Quando se deve iniciar a articulação entre a unidade neonatal e a Atenção Básica?

Quando do nascimento de risco, identificado pela UBS ou comunicado pela equipe hospitalar àquela unidade, temos um importante momento para um contato/visita junto à família, na unidade neonatal, realizada por um membro da equipe de Saúde da UBS. Este primeiro contato, além de restabelecer o suporte à mãe e à família e de conhecer as condições clínicas do recém-nascido, também serve para reassegurar o acompanhamento que será fornecido, após a alta hospitalar, à criança e à sua família, com a equipe da unidade neonatal na terceira etapa do Método Canguru.

No que diz respeito à estrutura da rede social de apoio institucional, considera-se fundamental o tipo de interação estabelecida entre cada um desses membros que compõem a rede de apoio do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso e sua família. A densidade (conexão) ocorrida nessas interações promoverá a integração entre a equipe de saúde hospitalar e da Atenção Básica, à medida que ocorra troca de impressões sobre o recém-nascido e sua família, identificando suas necessidades, visando ao fortalecimento das estratégias de enfrentamento, à promoção de saúde e ao desenvolvimento da criança.

O cuidado compartilhado entre estes dois pontos da rede social de apoio do RN e de sua família envolve ações integradas com vistas a oferecer cuidados e orientações a partir das necessidades identificadas ainda na internação e após a alta hospitalar. Estas importantes funções desempenhadas por estes membros da rede de apoio institucional contribuirão para a melhora do prognóstico do RN e, conseqüentemente, para a redução da morbimortalidade infantil.

De acordo com as recomendações do Cuidado Compartilhado, na primeira semana após a alta hospitalar, o recém-nascido deverá receber três avaliações, sendo que uma delas poderá ser na UBS, de acordo com suas necessidades clínicas. Ainda nesta semana, a criança, a mãe e a família deverão receber visita domiciliar da equipe da UBS. Na segunda semana, a referida avaliação poderá ser realizada uma no hospital

e outra na UBS. Na próxima semana e até o RN atingir o peso de 2.500 g (no caso de prematuridades e estabilidade clínica, e nos cuidados no caso dos demais RNs), este deverá ser acompanhado semanalmente na UBS ou no hospital de origem, dependendo de suas condições clínicas. Após este peso, o seguimento da criança deve ser de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, que incluem a Atenção Básica e/ou serviços de referência dos Ambulatórios de Seguimento.

Este período de transição entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica é muito delicado para o recém-nascido e sua família, pois envolve uma série de adaptações, expectativas e apreensão. Os cuidados iniciados na internação serão garantidos na terceira etapa do Método Canguru, por meio dos atendimentos supracitados e também por uma agenda aberta no hospital de origem para situações especiais ou intercorrências com o RN e sua mãe. Dessa forma, configura-se uma rede de proteção que oferece segurança e tranquilidade aos pais e à família.

Quando do absenteísmo às consultas da terceira etapa, realiza-se a reconvocação, verificando o motivo da falta para viabilizar o retorno; e, dependendo da situação encontrada, faz-se busca ativa usando os recursos da Estratégia Saúde da Família/UBS. O trabalho de articulação para facilitar agendamentos com especialistas, exames específicos e tratamento medicamentoso, quando necessário, continua também na terceira etapa do Método Canguru e ao longo do seguimento do recém-nascido.

Embora as visitas domiciliares sejam consideradas uma atividade de forte potencial da Atenção Básica, pode ser um procedimento complementar utilizado pela equipe hospitalar, para ampliar os dados do perfil da família da criança. Durante a visita poderão ser observadas a dinâmica familiar, as condições de moradia, reconhecer a rede de apoio imediata e, se necessário, orientar nas adaptações do local para receber o recém-nascido após a alta hospitalar. Essas impressões devem ser compartilhadas com a equipe da Atenção Básica, visando a um planejamento de intervenções adequadas para a criança e a família.

Com o objetivo de garantir a segurança do recém-nascido, seu desenvolvimento e a continuidade dos seus cuidados na alta hospitalar, faz-se necessária uma articulação com a Atenção Básica e a rede de recursos da comunidade, e, em alguns casos, para além dos recursos de saúde, que se considerem:

O apoio diagnóstico e terapêutico:

Encaminhamento para especialidades, exames e/ou procedimentos não disponíveis no hospital e na Atenção Básica, por meio dos serviços referenciados e não referenciados.

Gerenciamento deste processo, considerando as necessidades clínicas do recém-nascido, atuando como mediador/negociador entre o hospital e o serviço que dispõe do recurso solicitado.

Assegurar a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar:

Material de Suporte:

- ▶ Medicação.
- ▶ Equipamentos para pacientes dependentes de oxigênio.

- ▶ Materiais e equipamentos para traqueostomia (TQM) e gastrostomia (GTM).
- ▶ Acompanhamento da Atenção Básica e/ou do Serviço de Acompanhamento Domiciliar do município.
- ▶ Viabilização do retorno do paciente e de seus acompanhantes às consultas.

Durante a internação hospitalar do recém-nascido, a equipe interdisciplinar da unidade neonatal busca identificar situações de vulnerabilidades e/ou demandas psicossociais que poderão oferecer risco ao RNPT/BP em relação ao contexto familiar e social. Este monitoramento seguirá após a alta hospitalar da criança.

1.2.2 Articulação com a Rede de Atenção Social e Psicossocial

Outros setores poderão ser articulados com a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica visando à redução de danos e da exposição do recém-nascido e da família quando identificada a presença de vulnerabilidade social e/ou psicossocial na família, assegurando os seguintes encaminhamentos intersetoriais:

- ▶ Inclusão em Programas Sociais (Centro de Referência de Assistência Social – Cras).
- ▶ Aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).
- ▶ Ao INSS, para obtenção do Benefício Prestação Continuada – Lei Orgânica da Assistência Social.
- ▶ Ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), que oferta serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos.
- ▶ Ao Conselho Tutelar.
- ▶ À Vara da Infância e Juventude.

O intercâmbio contínuo e recíproco entre a família e a sua rede social de apoio (pessoal e institucional), além de outros contextos dos quais a família participa, gera o fortalecimento e a participação das ações em rede. Nessa direção, o apoio institucional, advindo das políticas de atenção à saúde e de assistência social, entre outras, pode ser entendido como um dispositivo de funcionamento em rede, de modo que os vários pontos que a integram estejam articulados, a fim de atender às necessidades de saúde e desenvolvimento das crianças nascidas pré-termo e/ou de baixo peso e suas famílias (BRITO; KOLLER, 1999).

A rede social de apoio institucional, no campo da Saúde, é a melhor metáfora que representa as interconexões entre os diversos ambientes e sua interdependência, pois reconhece a interação entre os diversos setores e as práticas assistenciais. Esta concepção vai ao encontro da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc), cujos princípios norteadores do cuidado são: o planejamento e o desenvolvimento de ações intersetoriais, o acesso universal, o acolhimento, a responsabilização, a assistência integral e resolutiva, a equidade, a atuação em equipe, o desenvolvimento de ações coletivas com ênfase na promoção de saúde, a participação da família e a avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada.

1.3 Genograma e ecomapa

Para uma abordagem familiar e integrada, os profissionais de saúde necessitam de um conjunto de estratégias de acesso, compreensão e avaliação das famílias quanto à sua estrutura e funcionamento voltado para seu cuidado e atenção. Entre as diversas ferramentas, destacam-se o genograma e o ecomapa. O primeiro é uma técnica que visa representar graficamente o desenho familiar, sua estrutura e seus relacionamentos. O segundo, por sua vez, busca mapear as interações da família com sua rede social de apoio e o tipo de apoio recebido de acordo com suas necessidades (MELLO et al., 2005).

1.3.1 Genograma – configuração das famílias e sua dinâmica relacional

O genograma é um instrumento utilizado em pesquisas sobre família e adotado historicamente por terapeutas familiares e, nas últimas décadas, por profissionais das UBS. É um diagrama, um mapeamento gráfico, que detalha a estrutura e o histórico familiar, além de mostrar a demografia, o funcionamento e as relações na família, bem como as etapas do ciclo de vida familiar (Anexo A).

O genograma explicita os nomes, as idades e a profissão dos membros da família; o tipo de relacionamento entre eles; as datas de eventos, como casamento, morte, separações, abortos; ocupações, condição especial de saúde, local de residência; e demais informações que se mostrarem importantes, além de evidenciar o padrão de relacionamento da família. Para a construção do genograma os dados são representados graficamente por símbolos (Anexo B) (BRITO; PESSOA, 2006).

1.3.1.1 Orientando a família na construção do genograma

- ▶ Destacar no mapa a família de origem dos pais da criança: seus pais, irmãos e também as pessoas que não são parentes, mas têm intimidade e estão próximas.
- ▶ Pedir que falem sobre quem são as pessoas que fazem parte da família, quais são estas pessoas, suas idades, profissão/ocupação, os fatos positivos e negativos que marcaram a família.
- ▶ Marcar, também, as pessoas que faleceram, as que apresentam alguma situação especial (doença, uso de droga etc.), o grau de instrução, as mudanças mais importantes que ocorreram (casamento, separação, trabalho...).

Questões que poderão ser abordadas durante a confecção do genograma, se necessário:

- ▶ As relações na família modificaram-se durante a gravidez e o nascimento da criança?
- ▶ Algum membro da família teve filho que nasceu prematuro ou de risco?
- ▶ Como sua família reagiu quando nasceu seu filho?
- ▶ Há mais alguma coisa que vocês gostariam de acrescentar?

Após realizado o desenho da configuração e da estrutura familiar, marcar com os símbolos o tipo de relacionamento que ocorre entre as pessoas, conforme Anexo B.

Além de outras informações explicitadas na confecção do genograma, destaca-se a possibilidade de identificação da dinâmica relacional das famílias, caracterizando os padrões relacionais no seu funcionamento. Esta informação é fundamental para os profissionais de saúde que acompanham famílias em contextos de crise e com crianças que apresentam riscos desenvolvimentais, pois permite planejar intervenções de apoio que poderão ajudá-los a lidar com as dificuldades apresentadas.

Segue a descrição de alguns padrões de relacionamentos identificados em famílias (SOUZA; KANTORSKI, 2009), representados graficamente no Anexo B:

- ▶ *Relacionamento harmônico*: experiência emocional de união entre os membros da família, cujos interesses, atitudes ou valores são recíprocos e marcados por sentimentos positivos. Nesse caso, os membros diferenciam-se entre si e suas família de origem.
- ▶ *Relacionamento distante*: este tipo de relacionamento se caracteriza pela ocorrência de pouco contato entre os membros, especialmente contato emocional.
- ▶ *Relacionamento conflituoso*: relação marcada por constantes atritos, geradores de ansiedade e inimizades entre os membros da família, expressos normalmente por dificuldades de comunicação.
- ▶ *Relacionamento vulnerável*: relação em que não há um conflito explícito, porém, mostra possibilidade de conflitos em condições adversas ou fases de transição.
- ▶ *Relacionamento muito estreito*: é um tipo de relacionamento que se caracteriza por não haver diferenciação entre os membros, que permita a existência simultânea entre pertencimento e separação, predominando o pertencimento.
- ▶ *Aliança*: refere-se a uma relação baseada em regras não expressas, mas presentes no sistema, diante das quais as pessoas assumem determinados compromissos, as chamadas lealdades invisíveis, que interferem no processo de diferenciação.
- ▶ *Rompimento*: diz respeito aos relacionamentos nos quais não ocorre contato entre os membros, embora exista entre eles uma ligação emocional.

A caracterização das configurações familiares e seu padrão de relacionamento em famílias de crianças nascidas pré-termo e/ou baixo peso ressalta as influências sobre o desenvolvimento da criança. Observou-se, em estudo longitudinal, que famílias de crianças nascidas pré-termo, com harmonia e aliança em sua dinâmica relacional, enfrentaram menos eventos adversos no último ano, apresentaram estabilidade socioeconômica e estimulação no ambiente familiar e o risco psicossocial mostrou-se de baixo a moderado. Ou seja, a presença de responsividade emocional, envolvimento materno, além de organização no ambiente familiar caracterizaram-se como fatores de proteção de desenvolvimento das crianças (BRITO; KOLLER, 1999).

1.3.2 Ecomapa – mapeando a Rede Social de Apoio da Família

Identificar os apoios de que a família dispõe, no campo da Saúde, tem sido um dos objetivos dos profissionais de saúde para avaliar suas condutas e seus encaminhamentos. Muitos serviços de saúde têm utilizado amplamente um diagrama das interações entre a família, a comunidade e os serviços para o planejamento, a avaliação e as intervenções em saúde, conhecido como ecomapa (MCGOLDRICK; GERSON, 1995; 2005). Veja o modelo deste diagrama no Anexo C.

O ecomapa é uma representação gráfica das interações dos membros da família com outras pessoas, grupos ou instituições (escola, serviços de saúde, igreja etc.). Ajuda a avaliar os apoios e os suportes disponíveis e sua utilização pela família, retratando a interação desta com os diversos níveis sociais, num determinado momento da vida familiar, sendo, portanto, dinâmico.

Ele é de fácil confecção e, assim como o genograma, deve ser construído com os pais, pois permite a estes a visualização do desenho com os símbolos que indicam o padrão relacional e interacional da família, podendo fazer possíveis correções e incrementar as informações. O ato de nomear a Rede Social de Apoio e materializá-la por meio de um diagrama permite identificar com quem a família pode contar, quais funções são desempenhadas na rede e quem as desempenha, e o que deve ser ativado, desativado ou modificado na rede.

1.3.2.1 Forma de representação do ecomapa

No ecomapa, os membros da família da criança são representados graficamente no centro do círculo, e os contatos com as pessoas, a comunidade e os serviços nos círculos externos. Ao lado de cada membro que compõe a rede social da família registram-se os apoios oferecidos que, juntamente ao tipo de interação, denotará como se configura a rede de apoio naquele momento histórico da família.

No desenho do ecomapa, as interações são representadas por linhas que indicam o tipo de conexão da família com os membros da rede (BRITO; KOLLER, 1999; MCGOLDRICK; GERSON, 1995) (veja no modelo a seguir):

Linhas contínuas: interações fortes, consideradas importantes.

Linhas pontilhadas: interações tênues, deficitárias ou pouco frequentes.

Linhas oblíquas: interações conflituosas, expressando atritos e rompimentos.

Setas: indicam fornecimento de algum tipo de apoio.

1.3.2.2 Perguntas na construção do ecomapa

Aqui no hospital vocês estão recebendo apoio de quais profissionais?

Além dos profissionais do hospital, quem mais oferece apoio a vocês (família, amigos etc.)?

Que tipo de apoio estas pessoas e/ou serviços têm oferecido (informação, material, emocional ou outro)?

Com que frequência vocês recebem este apoio?

Neste momento, com a criança em casa (após a alta hospitalar), vocês estão precisando de algum tipo de apoio?

Algumas destas interações do mapa oferecem mais de um tipo de ajuda? Qual?

Além da UBS, a criança está sendo acompanhada por algum outro serviço? Qual?

E vocês (pai/mãe) estão sendo acompanhados pela UBS ou por outro serviço?

Caso pudessem mudar esta rede de apoio de vocês, agora, o que escolheriam para mudar?

1.3.2.3 O que se deve incluir no ecomapa

- ▶ Serviços da comunidade utilizados pela família (creche, escolas, UBS, serviços especializados etc.).
- ▶ Grupos sociais (igrejas, associação de moradores do bairro etc.).
- ▶ Relações significativas (amigos, vizinhos, família etc.).
- ▶ Trabalho, lazer etc.

Após confecção, a análise gráfica do ecomapa mostra, entre suas características, a estrutura da Rede Social de Apoio da Família, que denota o número de membros que compõe a rede e quem são esses membros (família ampliada, amigos, vizinhos, trabalho dos pais, igreja, serviços de saúde etc.).

Essa configuração se mantém ao longo do tempo? Daí decorre a importância da construção do ecomapa em diferentes momentos, pois, para algumas famílias, o número de membros na Rede Social de Apoio pode ser maior durante a internação do recém-nascido na unidade neonatal. Para outras famílias, porém, este número pode ser mais expressivo após a alta hospitalar, ou não.

Nesse sentido, a construção do ecomapa pode ser realizada durante a internação, por algum membro da equipe da unidade neonatal, a fim de identificar as necessidades dos pais e seus recursos disponíveis. O nascimento prematuro ou mesmo de risco é um evento normalmente inesperado e surpreende a família com uma série de demandas. Muitas vezes, para a mãe poder acompanhar seu filho ao longo da internação, tem de contar com a ajuda prática de alguém que possa cuidar de seus outros filhos em casa, por exemplo.

O cuidado compartilhado, no Método Canguru, prevê uma visita da equipe da AB após a alta hospitalar do recém-nascido. Esta visita, além de outras funções, é um momento importante de ser construído um novo ecomapa, com a família, que expresse os tipos de apoio de que ela necessita e com quem ela pode contar naquele momento. As informações do ecomapa, portanto, devem ser coletadas em vários momentos do desenvolvimento da criança e da família, a fim de apreender as modificações sofridas ao longo do tempo.

Outra característica importante de ser analisada no ecomapa é a conexão entre os membros que compõem a rede de apoio. Ou seja, há conexão entre os pais e sua família de origem? E das famílias de origem entre si? Entre os pais e a UBS? O nível de densidade (conexão) médio na rede favorece a efetividade do grupo na medida

em que permite a troca de informações e impressões sobre a família e suas necessidades, buscando solucioná-las.

A análise do mapa da rede social de apoio permite, também, a visualização da dispersão entre os membros e a família. Este é um aspecto muito importante no contexto do nascimento pré-termo e/ou de baixo peso, uma vez que a distância geográfica dificulta o acesso e o contato dos membros da rede com os pais e o RN, o que interfere na eficácia e nas respostas às situações de crise que possam aparecer. Neste caso, ajudar os pais a acionar pessoas e serviços próximos, para compor sua rede, pode ser uma tarefa dos profissionais de saúde. Sabemos que oferecer apoio aos pais, nesse momento, pode moderar o efeito adverso dessa experiência estressante, gerar comportamentos efetivos e beneficiar a interação pais/bebê, servindo como um fator de proteção do desenvolvimento da criança.

Conhecer o tipo de interação entre a família e os membros da rede é fundamental para verificar o fluxo de apoio recebido e sua efetividade.

As interações no ecomapa são representadas por linhas e setas que indicam o tipo de interação estabelecida entre a família/bebê e os membros da sua rede social de apoio. Este aspecto no mapa é de suma importância, pois aponta para a qualidade da interação e do apoio fornecido por ela. A família que apresenta em seu ecomapa um tipo de interação forte (linhas contínuas) com os membros da rede reflete que os apoios dos quais necessita são reconhecidos como adequados. Quando há compromisso dos membros da rede na função desempenhada, denota-se a presença de fluxo do apoio (seta).

Por outro lado, há famílias que apresentam interação do tipo conflituosa (linhas oblíquas) em seu ecomapa, a qual se caracteriza por atritos e dificuldades entre a pessoa e os membros da rede, podendo gerar distâncias e rompimentos. Ao identificar a predominância desse tipo de interação da família com seus membros, o profissional de saúde deve refletir com ela e evidenciar esforços para desativar ou modificar estas interações, a fim de torná-las efetivas ou ativar interações fortes e com fluxo de apoio.

Podemos observar, também, interações tênues (linhas pontilhadas), que podem refletir a oferta de apoio com pouca frequência. Mas estas podem ser efetivas se houver fluxo do apoio (compromisso), como a família de origem materna, por exemplo, que reside em outro município e fornece mensalmente ajuda financeira à família do recém-nascido, além de apoio emocional por meio de contatos telefônicos.

Pode-se concluir ressaltando que a utilização do genograma e do ecomapa pelos profissionais de saúde tem se mostrado relevante no acompanhamento de crianças e famílias, de modo geral. Conhecer a estrutura das famílias de crianças nascidas pré-termo e/ou de baixo peso, como seus membros se organizam e interagem entre si, com a comunidade e as instituições, especialmente em situações de crise, é fundamental para o planejamento das ações que visam ao cuidado à saúde da criança e do grupo familiar.

Referências

- BRITO, M. H. A.; PESSOA, V. L. M. P. Um perfil da mãe prematura. In: MELGAÇO, R. G. (Org.). **A ética na atenção ao bebê: psicanálise-saúde-educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 115-124.
- BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, A. M. (Org.). **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 115-129.
- CASTOLDI, L.; LOPES, R. C. S.; PRATI, L. E. O genograma como instrumento de pesquisa do impacto de eventos estressores na transição família-escola. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 292-300, mar. 2006.
- CUSTÓDIO, Z. A. O. **Redes sociais no contexto da prematuridade: fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida**. 2010. 284 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- _____; CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M. Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 31, n. 2, p. 247-255, 2014.
- DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-231, 2000.
- LINHARES, M. B. M. Prematuridade, risco e mecanismos de proteção do desenvolvimento. **Temas sobre desenvolvimento**, [S.l.], v. 12, n. especial, p. 18-24, 2002.
- MCGOLDRICK, M.; GERSON, R. Genetograma e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 7-29.
- _____; _____. **Genogramas en la evaluacion familiar**. 5. ed. Barcelona: Gedisa Editorial, 2005.
- MELLO, D. F. et al. Genograma e Ecomapa: possibilidades de utilização na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 79-89, 2005.
- NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 280-286, abr./jun. 2005.
- SLUZKI, C. A. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. A rede social de indivíduos sobre tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 373-383, 2009.

2 As novas configurações familiares

“[...] se é o afeto o grande vetor das relações familiares, conjugais e parentais, as formas e os modos de sua constituição saíram do singular e tornaram-se plurais” (PEREIRA, 2015, p. 300).

A vulnerabilidade do ser humano, logo após o seu nascimento e em vários de seus momentos evolutivos, exige cuidado e proteção por meio dos vínculos biológicos, afetivos ou sociais que lhe são oferecidos pelo grupo familiar. O sentimento de pertencimento que a família oferece é base de segurança e serve de local de lançamento para as mais sofisticadas aquisições que fazem parte do desenvolvimento humano. No entanto, as formas de experimentar e vivenciar esta base segura podem se apresentar em múltiplas configurações, como temos observado. Podem ocorrer por consanguinidade, por fatores sociais e afetivos ou até pela convivência num mesmo espaço, pois, no momento atual, o conceito e o funcionamento das famílias vêm passando por múltiplas alterações. Estas, por sua vez, pedem-nos uma adequada compreensão, o que permite nossa adaptação a estas novas realidades.

Assim é que encontramos em diferentes conceitos de família a preocupação de estabelecer para além da consanguinidade o viés afetivo que passa a nortear nossa compreensão (PEREIRA, 2015). Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (BRASIL; IBGE, 2015), família vem a ser um “conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar.” Compreende-se, então, que o conceito passou a se referir mais quanto ao convívio de pessoas que moram juntas, sem a exigência de que tenham laços de parentesco ou dependência doméstica. Sob essa perspectiva, a concepção de família é construída basicamente a partir do espaço doméstico.

Para Trad (2010), é nesse espaço que ocorre a difusão de práticas culturalmente compartilhadas. Para este autor, é na família que são transmitidos, às novas gerações, padrões de comportamento, hábitos, valores, padrões de linguagem, entre outros. Ou seja, ao chegar, um recém-nascido irá ser banhado por estas formas de expressão familiar, o que deve ser acompanhado pela equipe como forma de proteger tais relações.

Como sabemos, as dinâmicas social, cultural e mesmo econômica estimulam e provocam transformações e consequentes adaptações no que conhecemos como família. Mesmo tendo como modelo principal a *família nuclear*, observamos o surgimento de outros modelos familiares como: *famílias monoparentais*, *famílias recompostas* e *as famílias homoafetivas*, entre outras. Nas *monoparentais*, encontramos apenas um progenitor. Pensando em nossas histórias, teríamos, nesta situação, predominantemente a presença única da figura materna. Em diversos momentos deste módulo, realizamos comentários sobre seu cuidado especial.

Nas famílias *recompostas* ou *reconstituídas*, a melhor aceitação do divórcio pela sociedade permitiu que as famílias fossem se recompondo – novos casamentos, novos filhos, compartilhamento da guarda das crianças, novos avós. Estas talvez sejam as famílias que se tornaram comuns em nosso dia a dia. É importante lembrar-se de que elas trazem para as crianças a experiência de duas parentalidades – a parentalidade biológica e uma parentalidade social –, os novos companheiros de sua mãe e de seu pai biológicos podem desempenhar a maternagem ou a paternagem em seu desenvolvimento e ascensão em seu ciclo vital. Com frequência, acompanhamos a recomposição em outras gerações, como os avós, havendo número significativo destes casos participando do acompanhamento familiar, nas unidades neonatais.

Tais questões interessam para nós, profissionais das unidades neonatais, pois em nossa rotina de cuidados nos deparamos com múltiplas famílias e com suas diferentes configurações. No entanto, como diz Barcelos (2011), a expectativa da equipe de Saúde ainda não chegou às modificações necessárias para uma adequada avaliação destes novos funcionamentos. Para ele, ainda espera-se que a família (entendemos aqui que ele se refere à família biológica) assuma um papel de protagonista no cuidado e no acompanhamento do familiar que se encontra internado.

A expectativa da disponibilidade permanece concentrada nas mulheres, especialmente na figura materna, que continuam como principais acompanhantes durante qualquer internação. Obviamente, em se tratando de recém-nascidos, esta também é nossa expectativa. Mas suas demais colocações devem ser bem discutidas, pois ele observou também que:

os profissionais direcionam suas ações a partir daquilo que acreditam como verdade o que, na maioria das vezes, está relacionado ao seu universo cultural e às suas experiências pessoais. Os julgamentos sobre o certo e o errado e os preconceitos pautados em crenças e costumes são recorrentes nas equipes e ocasionam inúmeras interferências no processo assistencial. (BARCELOS, 2011, p. 143-144).

O Método Canguru, no entanto, tenta diminuir, o máximo possível, esta percepção particular e pessoal e convida as equipes a utilizarem um olhar dirigido às relações, aos vínculos existentes entre as diferentes pessoas que configuram as famílias que passam a fazer parte do espaço e da rotina nas unidades neonatais. Assim, acolhe diferentes configurações que se apresentam, a partir das redes de apoio que se oferecem como suporte ao núcleo menor de cuidado – a díade mãe-bebê. Caso este suporte familiar, afetivo, apresente-se por meio de um funcionamento da família nuclear, que, na verdade, trata-se do mais comum, talvez nos sintamos mais confortáveis. Mas se formos apresentados à companheira da mãe como sua acompanhante, a um amigo da mãe que a acompanha, pois ela se encontra sozinha nesta jornada, essas são as verdadeiras formas familiares/sociais que iremos acolher.

Tudo o que não devemos fazer é tentar enquadrar as famílias em modelos e padrões predeterminados, porque a complexidade que envolve as relações familiares e as inúmeras alterações e movimentações que se processam ao longo de seu desenvolvimento são difíceis de mensurar. A proposta é que os serviços de saúde se

disponibilizem para conhecer quem são as famílias, quais são as suas reais condições ao assumirem o protagonismo no cuidado.

Ao compreender a fundamental importância da família no processo de internação de um RN e a importância de sua história fazer parte de seu cuidado, os profissionais precisam se aproximar das relações que os grupos familiares estabelecem e entender que eles dispõem de suas próprias formas de conduzir cuidado e proteção durante uma internação neonatal e na história de vida de cada um.

Referências

BARCELOS, M. S. **A incorporação da família nos serviços de saúde**: um debate das concepções dos profissionais num serviço de saúde de alta complexidade. 2011. 169 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: síntese de indicadores 2014. Rio de Janeiro, 2015.

PEREIRA, R. C. **Dicionário de direito da família e sucessões**. São Paulo: Saraiva, 2015.

TRAD, L. A. B. A família e suas mutações: subsídios ao campo de saúde. In: TRAD, L. A. B. (Org.). **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p. 27-50.

3 O Método Canguru, as mulheres/mães e o uso de drogas

Objetivos:

- ▶ Apresentar para a equipe argumentos que facilitem a compreensão do comportamento da mulher/mãe usuária de drogas.
- ▶ Informar sobre as possibilidades de avaliação psicossocial destas mulheres, gestantes e mães.
- ▶ Sugerir abordagens e estratégias de cuidado a partir das orientações propostas pelo Método Canguru.

Introdução

Nos últimos anos, as diferentes equipes de unidades neonatais, especialmente nas maiores cidades do País, vêm acompanhando, de forma mais constante, histórias quanto ao uso de drogas por mulheres que acabam tendo filhos pré-termo e/ou de baixo peso, ou sobre unidade neonatal que recebem RN, filhos destas mulheres, que necessitam permanecer sob cuidados especiais da equipe de neonatologia, alguns inclusive apenas por questões psicossociais. Trata-se de uma situação delicada que mobiliza as equipes, não existindo ainda consenso sobre o manejo destas situações tanto no período gestacional como no parto e pós-parto.

Estas histórias envolvem questões psicossociais muito diferenciadas, pois em muitos casos trazem também aspectos judiciais. Nosso objetivo é iniciar esta discussão, acreditando na possibilidade de que gradativamente podemos criar estratégias que atendam, da melhor maneira possível, estas mulheres, seus filhos e suas famílias, facilitando o desempenho da equipe em suas atividades.

3.1 Mulheres usuárias de drogas na gestação

O uso de drogas durante o período gestacional é um grave problema de saúde pública que exige modos eficazes de melhor acolher e cuidar das mulheres gestantes durante esse delicado período. Um dos principais desafios é a construção de vínculos que possibilitem um acompanhamento de qualidade, exigindo redefinição das estratégias de pré-natal de acordo com a singularidade de cada caso, sua condição social e subjetiva, de modo a reduzir os danos (BRASIL, 2003) causados pelo seu uso.

O estigma que usuários de drogas sofrem se amplifica no caso das gestantes, por não se enquadrarem num ideal de mãe e por ser um problema que põe em risco a sua saúde e a de seu filho. Entretanto, a abordagem moralizante que muitas instituições de Saúde praticam contribui ainda mais para o afastamento desse grupo específico dos serviços de Saúde. Criam-se verdadeiras barreiras para o acesso à Rede de Atenção à Saúde, gerando agravamento das condições de saúde dessas mulheres e de seus filhos.

Apesar de associarmos gestantes usuárias de drogas a contextos de pobreza e miséria, o uso de drogas é um problema complexo que abrange todas as classes sociais. É preciso uma visão ampla do problema, de modo a não fortalecer uma posição policalésca sobre as populações mais pobres e uma posição omissa em relação às gestantes de classe média e alta.

As condições de vulnerabilidade social de gestantes em situação de pobreza e miséria, como no caso daquelas em situação de rua, exige maiores investimentos das políticas públicas em geral e, em especial, do Sistema Único de Saúde. Tal demanda pede uma atuação articulada entre componentes da Rede Cegonha e da Rede de Atenção Psicossocial com destaque para o papel da Atenção Básica na construção de vínculo e ordenação do fluxo de cuidado (BRASIL, 2010).

A construção do vínculo com as mulheres em situação de vulnerabilidade e uso de drogas deve se estabelecer como algo processual, contínuo e longitudinal, e não como uma emergência pontual no momento da gestação e do parto. O papel da clínica da Atenção Básica é fundamental para a garantia de um cuidado duradouro e consistente, com destaque para as Equipes de Consultório na Rua, para os casos mais graves de gestantes em situação de rua (BRASIL, 2012).

Ressalta-se a necessidade de uma ampliação da clínica por meio da escuta da história de vida de cada mulher (BRASIL, 2008). Quanto mais qualificada a escuta e o acolhimento, mais possível será reduzir danos à saúde. O acolhimento coloca-se como tecnologia permanente de cuidado e permite que, a cada momento, seja definido um fluxo de cuidados na rede, na dependência dos riscos e dos agravos, articulando ofertas predefinidas da Atenção Básica, urgências e especialidades.

A clínica apresenta-se por meio de um acompanhamento pautado no respeito ao direito da mulher e na construção de confiança. Muitas mulheres, ao serem desconsideradas no seu desejo, acabam por fugir das equipes de saúde, gerando uma manutenção do ciclo de gravidez indesejada ou não planejada. Contudo, a construção de vínculos fortes pautados no respeito aumenta a adesão ao tratamento e diversas estratégias de cuidado são introduzidas, mesmo nos casos em que o uso de drogas não é suspenso. As ações de prevenção e de anticoncepção acabam por se tornarem consequência de uma clínica pautada no respeito à singularidade do sujeito, conseguindo, assim, redução de danos à saúde da mulher e do recém-nascido.

Tal abordagem exige uma mudança de olhar, em que o foco é a saúde da mulher na qual a gestação se configura como um período de muita delicadeza e complexidade do seu trajeto de vida. Assim, torna-se possível garantir uma melhor saúde da criança no período gestacional, no parto e no pós-parto e reverter o ciclo de gravidez não planejada e/ou indesejada.

3.2 Mulheres usuárias de drogas na maternidade

É fundamental o entendimento que a razão para a hospitalização da paciente em uma maternidade não é seu comportamento de uso de drogas. A equipe deve buscar elementos que indiquem se há uma urgência que poderíamos entender como

subjetiva (CALAZANS; BASTOS, 2008), se na verdade existem necessidades de informações quanto à gestação e à adicção ou se o comportamento de uso é apenas um dado da paciente, não lhe trazendo maiores preocupações.

O curto período de internação obstétrica nos casos de parto normal ou de parto cesariana, sem complicações, pode impedir o devido aprofundamento para a tomada de decisões clínicas. Não raro, as equipes são pressionadas a liberar leitos diante de casos conhecidos ou chamados de “internação social”. Para tais situações, condiciona-se a alta da paciente a serviços territoriais que deverão dar continuidade ao trabalho iniciado pela Maternidade. Nessa tarefa, incluem-se as pesquisas de residência, de equipamento de Atenção Básica de referência no território, além das avaliações do suporte e da rede sociofamiliar.

Quando esses caminhos não são possíveis, é importante uma negociação com a direção da maternidade para garantir o tempo de internação necessário até emergir uma solução viável. Isso pode causar um mal-estar, pois o tempo de tratamento psicossocial dificilmente se coaduna com o tempo obstétrico, mas trata-se de um direito que pode ser decisivo para o futuro da relação mãe-bebê.

A entrevista com a mulher deve ter um grande peso na análise e nas decisões clínicas, pois fornece compreensão qualitativa do que vem acontecendo com ela. Saber apenas a quantidade de abortos ou partos que ela vivenciou mantém um desconhecimento sobre o evento atual e suas repercussões. Importa saber sobre seus sentimentos atuais ou ainda sobre a possibilidade do retorno de sentimentos vivenciados em outras situações.

Nem tudo na entrevista necessitará de detalhes tão aprofundados, a própria paciente indicará, por meio da narrativa de seus receios e angústias, o que deve ser entendido ou aprofundado.

É fundamental, em todo o processo assistencial dessa clientela, o esforço de distinguir a paciente do comportamento de uso.

Muitas vezes, percebe-se que a mulher passa a ser referida, considerando-se apenas a adicção e o entorno desse fenômeno. A reconstituição e o resgate de vivências não associadas diretamente ao uso de drogas fornecem indícios para um projeto terapêutico mais robusto e de maior aderência (BRASIL, 2004). Por vezes, ocorrem demandas divididas entre sintoma da própria mulher e sofrimento ou pedido de familiar ou da equipe. Nesses casos, a equipe deve estar atenta à polarização clínica que pode se apresentar. Uma saída é trabalhar, a partir de entrevistas familiares, as dificuldades e os dilemas que surgiram, no intuito de se conseguir um melhor seguimento, um trabalho de médio e longo prazos.

Quando a gestante ou a puérpera já está em tratamento previamente à internação ou ao parto, a tarefa da equipe fica facilitada e a equipe de referência deve ser contatada para dar seguimento ao projeto terapêutico já iniciado. É válida a busca pelos relatos e vivências de tratamentos anteriores, mesmo que interrompidos, estabelecendo novas pontes para intervenções.

Nos casos em que ainda não foi iniciada nenhuma terapêutica, o conceito de padrão de uso é bastante útil, fornece um panorama, uma fotografia da gravidade, e permite inferências sobre a terapêutica a ser implementada. O padrão de uso associado aos recursos psíquicos e sociais auxiliam bastante na decisão da terapêutica (BRASIL, 2009).

A abordagem do tema uso de drogas na entrevista deve ser realizada com naturalidade e induzindo confiança. A associação entre drogas, gestação e amamentação é sabidamente fadada a julgamentos que levam, muitas vezes, as mulheres a omitirem informações. Também importa a adequada divulgação dessas informações para a equipe, incluindo a escrita no prontuário, mas evitando sua exposição. A entrevista deve estar ambientada por um tom afetivo, mas não permissivo.

As mães em situação de rua, com importantes problemas de higiene e nutricionais, sem consulta de pré-natal e com claras dificuldades em relação à gestação ou ao filho, são as que mais necessitam de assistência psicossocial e da equipe como um todo.

Mesmo quando o pai é conhecido, na maioria dos casos, os laços são frágeis. Isso requer da equipe um cuidado especial no sentido de aproximar e garantir o lugar desta figura parental e, sempre que possível, de sua família. As relações com os familiares, como a avó orientadora da maternagem, está também, com frequência, atravessada pela codependência e por questões morais relacionadas ao uso de drogas. Isso pode gerar na equipe um olhar ambivalente para a mulher, significando seu lugar como de usuária ou de desamparada.

Esse cenário, por vezes, influencia a equipe e gera uma demanda aos psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais, não apenas na busca de uma solução para a paciente, mas também para a diminuição das angústias dos profissionais. Podem emergir posicionamentos muito radicais entre os diferentes integrantes da equipe e discussões e negociações são fundamentais.

A percepção do próprio corpo pode estar significativamente alterada, obrigando manejos extras das equipes no decorrer do desenvolvimento gestacional, do parto e da amamentação. Aqui se instala uma questão primordial para os cuidados maternos neonatais, pois estes pressupõem o contato corporal mãe-bebê.

Dificuldades da mulher quanto à sua imagem corporal podem vir a ser entraves no contato com o corpo do recém-nascido que repercutem na amamentação, no contato pele a pele e na construção do vínculo que é fortalecido pela sensorialidade da criança.

Podemos não identificar a ambivalência materna, sendo fácil concluir que a paciente rejeita seu filho. Essa impressão inicial deve ser relativizada e a apresentação vagarosa do filho permite que os sentimentos maternos possam, aos poucos, serem observados. Aqui, reside a preocupação essencial da equipe – a tentativa, mesmo que muito lenta, da construção da díade mãe-bebê.

3.3 Ferramentas para o cuidado

Sugerimos cinco ferramentas que poderão ajudar as equipes na tomada de decisões para um cuidado mais adequado desta mulher:

- ▶ 1ª Ferramenta: compreensão de seu estado biológico, condição obstétrica, prognóstico e terapêutica. Não é o momento para orientações sobre Narcóticos Anônimos ou Centro de Atenção Psicossocial se a paciente está preocupada com questões concretas, como ameaça de parto prematuro, possibilidade de cirurgia ou outras preocupações eminentemente físicas.
- ▶ 2ª Ferramenta: exame psíquico para a compreensão do funcionamento psíquico e da personalidade desta mulher. Ela apresenta déficit cognitivo? Tem psicose associada? Saber qual linguagem será utilizada em sua abordagem melhora a qualidade da comunicação que se pretende estabelecer. A compreensão do funcionamento psíquico permite intuir o estado afetivo da mulher, seus tipos de reação emocional e suas repercussões, consigo mesma, com o recém-nascido e com a equipe.
- ▶ 3ª Ferramenta: diagnóstico social atual. Identificar se possui documentos, moradia, sustento financeiro, suporte familiar, colégio ou trabalho, e oferecer apoio e orientação para encaminhamentos.
- ▶ 4ª Ferramenta: história de vida. Conhecer os acontecimentos e as vivências relacionadas ao passado e associar, com ela, ao estado presente, buscando alternativas para o futuro. Ter claro, durante estas entrevistas, o momento do Ciclo Vital que se encontra esta mulher, se é adolescente, jovem adulta, as situações familiares que a acompanham ou se iniciaram apenas neste período.
- ▶ 5ª Ferramenta: percepção da maternidade. Há afeto materno? É possível observar interação e sentimento de pertencimento em relação ao filho? De que qualidade? A observação direta complementa essa avaliação, indica maior ou menor habilidade com os cuidados dispensados ao recém-nascido. A amamentação e seu cuidado indicam o tônus afetivo colocado para além do discurso da paciente.

Nem todas as equipes dispõem de todos os recursos para estes cuidados e avaliações no momento indicado. Entretanto, se esses dados estiverem disponíveis parcial ou integralmente, a decisão clínica ganha mais qualidade. Temos que pensar que a construção desta história, por meio do material obtido por estas ferramentas, possibilitará uma compreensão maior da equipe para cada caso. Isso virá de encontro à proposta de que o olhar do profissional seja sempre dirigido à mulher em sua integralidade e não a uma usuária de substâncias ilícitas. Deixar julgamentos e valores morais que possuímos não interferirem em nossa relação com esta mulher é fundamental.

3.4 Mulheres usuárias de drogas na unidade neonatal

Todo esse panorama fica acentuado na ocorrência de um parto prematuro, ou qualquer complicação perinatal que se apresente e que demande a internação do

recém-nascido na unidade neonatal. As maternagens nas unidades neonatais são, comumente, marcadas por intensas respostas emocionais, dificuldades de comunicação e entendimento do estado de saúde dos filhos, dos cuidados necessários, sentimentos de culpa e questionamentos da assistência que vem recebendo.

Nessas internações, há uma ruptura com a expectativa emocional da mãe e da família com o que acontece após o nascimento. A expectativa e a fantasia materna do pós-alta imediato devem ser adiadas ou adaptadas a este novo contexto. Muitas dessas situações são manejáveis e induzem adaptação gradual nas mães, como temos vivenciado por meio das abordagens propostas pelo Método Canguru (BRASIL, 2014).

Quando essa situação clínica vem adicionada ao uso de drogas, com disfuncionalidade social e psíquica, observa-se uma importante dificuldade de conciliar as tarefas maternas propostas pela unidade neonatal. O acompanhamento materno ao recém-nascido pode ser oscilante e é mais difícil manter a participação materna.

A equipe da Unidade Neonatal, observando estas dificuldades, mobiliza-se e demanda garantias da equipe psicossocial, tanto no que se refere à continuidade ou não no uso de drogas, à capacidade de cuidado do recém-nascido e também do autocuidado materno e à participação efetiva ou não do entorno sociofamiliar. RN que passaram pela unidade neonatal necessitam de cuidados diferenciados após sua alta e existem orientações específicas que pedem um nível de atenção e observação bastante criteriosos. Por vezes, necessitam de uma reestruturação e até de replanejamento da atividade laboral da família, bem como contar com outros recursos financeiros e disponibilidade para acompanhamentos especializados. Estas demandas podem não ser atendidas nestes casos, o que angustia profundamente a equipe.

Apesar das maiores necessidades e de uma aparente dificuldade de resposta da mãe com o alto nível de exigência na unidade neonatal, há um importante campo de atuação e conciliação da equipe. Por vezes, essas mães resistem temporariamente às visitas e aos cuidados e surpreendem quando da ida para a UCINCo ou UCINCa, com significativa melhora no envolvimento com o recém-nascido. Em outras situações, há um agravamento do uso de drogas e dificuldade de acesso da equipe e da própria família às pacientes. Podem ser necessários arranjos clínicos acessórios, como encaminhamento a serviço de Saúde Mental especializado, internações psiquiátricas ou atendimentos diários pela equipe psicossocial do hospital.

A equipe neonatal deve ser consultada em relação às recomendações de amamentação e uso de drogas, quanto à farmacodinâmica e à farmacocinética delas, especialmente a passagem ao leite materno e o tempo de meia-vida da droga. Uma grande questão diz respeito à confiabilidade das informações da mãe sobre a última dose da substância.

A eficácia da amamentação, as posturas do recém-nascido, a pega devem ser bem avaliadas e orientadas pela equipe e, sempre que necessário, deve-se lançar mão de intervenções da fonoaudiologia. Os mitos e as percepções maternas sobre a composição ou a insuficiência do leite materno, dilemas que surgem quanto à sexualidade e à amamentação, devem ser motivo para conversas, intervenções, permitindo à mulher tranquilidade no desempenho do aleitamento. Também concorrem para dificultar

a amamentação a presença em algumas crianças de incapacidades neurológicas, com conseqüente irritabilidade, o que potencializa a fadiga e o estresse materno, especialmente nesta população.

Estas questões apresentadas preocupam quando avaliamos o lugar que ocupa a amamentação e a posição canguru no encontro afetivo dessas pacientes com seus filhos. Devidamente abordadas e bem supervisionadas pela equipe, desde o seu início, os possíveis problemas de amamentação que esses RNs venham a apresentar podem ser gradativamente sanados, e os ganhos daí advindos são inestimáveis para a díade mãe-bebê.

Para facilitar também a amamentação, sempre que possível, devemos sugerir e facilitar a colocação do RN na posição canguru, utilizando-se uma adequada supervisão destes momentos. Uma postura pacienciosa da equipe, avaliando o quanto sua permanência junto à dupla mãe-bebê deve contar com proximidade ou quando um afastamento físico for mais indicado, deve fazer parte de nossas observações. Este afastamento físico, no entanto, não significa distanciar-se deste momento. Representa apenas respeitar a presença de intimidade que porventura esteja acontecendo no momento.

3.5 Devemos lembrar

Na situação de uso de drogas com vulnerabilidade social, não há, de antemão, indicações sobre qual conduta deve ser tomada. A princípio, a amamentação não deve ser suspensa, nem deve haver imediata judicialização do caso. A história, com seus diferentes personagens como a mãe, o recém-nascido, a família ampliada, é a base para qualquer conduta.

A linha norteadora das equipes deve perpassar pela ressignificação das vivências maternas na tentativa de apoiar a maternagem como algo viável e também afetivo. A busca é por uma construção de relação de filiação gradual. Com algumas mães, outros familiares poderão ocupar parcialmente ou totalmente esse lugar, até que a relação mãe-filho se estabeleça. A busca da equipe é incessante por esse recurso social e familiar de suporte, que corresponde a uma estrutura social mínima e consistente, que observa as orientações e proporciona cuidados a contento.

Um grande dilema para a obstetrícia mostra-se presente na existência de algum grau de risco que remete ao raciocínio de uma escolha – a mãe ou o recém-nascido. Entretanto, não se deve limitar a uma dualidade ou oposição, não há lugar para isso – ou salvo a mãe ou salvo o recém-nascido, a procura deve ser sempre pela complementariedade.

Mesmo sob o uso de todos os instrumentos clínicos citados anteriormente, deparamo-nos com muitos impasses e sempre há risco iminente da ausência de uma solução razoável de suporte social. Muitas decisões devem contemplar o uso de instrumentos jurídicos, como o Conselho Tutelar ou a Vara de Família. Quanto a isso, aceitamos que há um longo caminho a ser percorrido, e a equipe não deve entender tais recursos como irreversíveis ou irreparáveis. É importantíssimo o entendimento

da equipe do adequado papel da Justiça e dos recursos disponíveis e a exata comunicação da garantia de direitos que estes recursos propõem.

A equipe psicossocial não deve renunciar quanto à manutenção dos cuidados maternos e da família da paciente. Equipes que se propõem a desafiar o problema da clínica da adicção em maternidades e em unidades neonatais se surpreendem com o impacto que esse trabalho proporciona a todos os atores envolvidos.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, 2004.
- _____. Secretaria-Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico**. 2. ed., 2. reimpr. Brasília, 2014.
- _____. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro 2012**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 12 jan. 2017.
- _____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 12 jan. 2017.
- _____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2009. 364 p.
- CALAZANS, R.; BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 640-652, dez. 2008.



Aspectos Clínicos do Recém Nascido

Módulo 4



1 Apneia da prematuridade

Objetivo:

- ▶ Conhecer a patogênese, diagnóstico diferencial, prevenção, tratamento da apneia e cuidados pós-alta hospitalar.

Conceito:

Apneia é definida como interrupção do fluxo gasoso pelas vias aéreas, secundária à obstrução ou à parada da respiração por 20 segundos ou mais, ou em tempo menor, porém seguida de bradicardia menor ou igual a 100 bpm, cianose ou palidez. Quando ocorre em recém-nascidos com idade gestacional menor que 37 semanas de gestação, sem uma causa específica definida, é chamada de apneia da prematuridade. Habitualmente, o recém-nascido, notadamente o pré-termo, apresenta um padrão de respiração dito periódico. Esse padrão se caracteriza por respirações rápidas, intercaladas por pausas que podem durar de cinco a dez segundos (EICHENWALD; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; FINER et al., 1992).

Introdução

Os RNPT podem apresentar algumas dificuldades para a adaptação ao meio extrauterino, sendo o controle da respiração um destes desafios. Nesse sentido, a apneia aparece como uma das principais intercorrências encontradas nesse grupo de crianças, principalmente devido a uma maior sobrevida de recém-nascidos com muito baixo peso. Ela pode ocorrer em até 80% dos RNPT com peso menor que 1.000 g (SCHOEN et al., 2014) e praticamente quase todos os RNPT menores que 28 semanas a apresentarão (HOFSTETTER et al., 2008).

Quanto menor a idade gestacional, além de maior incidência da apneia, mais longo é o período de resolução dos episódios.

É mais comum sua ocorrência nos primeiros 7 dias de vida, particularmente no primeiro e segundo dias (PAOLILLO; PICONE, 2013). A história natural da apneia em recém-nascidos pré-termo mostra um decréscimo gradual desses eventos por volta do final do primeiro mês de vida. No entanto, em algumas situações, pode persistir até 43 semanas de idade pós-conceptual (RAMANATHAN et al., 2001), acontecendo como eventos isolados durante o sono ou mesmo durante a alimentação.

A associação entre episódios recorrentes de apneia, bradicardia e hipoxemia em RNPT com danos e alterações no neurodesenvolvimento ainda não tem sua causalidade bem estabelecida, apesar dos episódios de apneia resultarem em alterações da hemodinâmica cerebral. Foi sugerido que o número de dias de apneia associado ao sexo masculino estaria combinado ao aumento da probabilidade de ocorrência de alterações neurodesenvolvimentais (RAMANATHAN et al., 2001).

1.1 Classificação

A apneia é classificada como obstrutiva, de causa central ou mista, sendo que nos RNPT, geralmente, ela é mista em 50% a 75% dos casos. Na apneia central, os esforços respiratórios estão ausentes. Na apneia obstrutiva o esforço respiratório existe, mas o fluxo de ar é ineficiente devido à obstrução, e na apneia central o esforço inspiratório com obstrução precede ou ocorre após a apneia central (FINER et al., 1992).

1.2 Patogênese

A transição precoce do feto para o meio extrauterino, em idade na qual seu organismo ainda não está adaptado para tal, exige muito esforço. Entre estes, manter os movimentos respiratórios contínuos e eficazes para que as trocas gasosas pulmonares sejam efetivadas é um desafio. Portanto, mais que uma doença, esse descontrole que muitos RNPT podem apresentar em relação à função respiratória pode ser considerado como uma alteração do desenvolvimento (EICHENWALD; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

O controle da respiração no RN envolve mecanismos ainda não muito conhecidos. Ele é realizado por um complexo mecanismo que envolve sistema nervoso central e periférico (ABU-SHAWEESH; MARTIN, 2008). A imaturidade fisiológica desses sistemas é que pode desencadear a alteração do ritmo e a frequência dos movimentos respiratórios no RNPT.

Diferentemente dos recém-nascidos a termo e dos adultos, o RNPT responde de forma diferente à hipercapnia e à hipóxia, ou seja, em resposta à primeira situação eles não aumentam a frequência respiratória nem o volume corrente e reduzem o volume minuto. Por outro lado, os RNs, e com mais frequência os pré-termo, apresentam inicialmente, mediante hipóxia, um aumento do esforço respiratório para, logo em seguida, mostrar uma parada dessa atividade (PAOLILLO; PICONE, 2013; MATHEW, 2011). A hipercapnia secundária à hiperventilação pode desencadear apneia (CARDOT et al., 2007).

Portanto, tanto a hipóxia como a hipercapnia e os reflexos pulmonares imaturos parecem contribuir para o aparecimento e para a exacerbação dos episódios de apneia.

Foi demonstrada uma alta concordância em desenvolver apneia entre gêmeos mono-zigóticos e que ela estaria ligada a um polimorfismo dos receptores da adenosina 1 e adenosina 2^a (BLOCH-SALISBURY et al., 2010; KUMRAL et al., 2012). A dopamina, adenosina e a acetilcolina são as principais estimuladoras dos corpos carotídeos, que são os principais quimiorreceptores periféricos. Tanto o aumento quanto o excesso de atividade do corpo carotídeo em RNPT pode ocasionar apneia. No entanto, essa conhecida via de estímulo respiratório é menos desenvolvida nos RNPT, mas aumenta à medida que aumenta a idade pós-natal.

Estudo recente achou associação entre níveis de bilirrubina indireta e episódios de apneia em RNPT. Foi sugerido que, ao atravessar a barreira hematoencefálica do RNPT, a bilirrubina poderia interferir na respiração (AMIN; WANG, 2015).

A obstrução das vias aéreas pode ocorrer por diversas causas, como redução do tônus muscular da hipofaringe, obstrução nasal por edema provocado por tempo prolongado de uso de sonda nasogástrica ou sucções repetidas, posicionamento com flexão ou hiperextensão do pescoço e, menos comumente, por laringomalácea ou traqueomalácea, ou ambas em conjunto (WILSON et al., 1980; MARTIN, 2017).

A estimulação da laringe, com inibição do reflexo laríngeo, pode desencadear apneia, o que já foi demonstrado em RNPT ao fazer sucção prolongada da hipofaringe. A mesma relação não foi encontrada em estudos mais atuais sobre a ocorrência de refluxo gastroesofágico e apneia (MARTIN, 2017).

Embora a determinação dos estados de sono em RN com menos de 34 semanas seja, algumas vezes, considerada controversa, a apneia parece ocorrer predominantemente durante as fases de sono ativo: movimentos oculares rápidos – REM. Nesta fase, é mais propícia a ocorrência de obstrução das vias aéreas devido à diminuição do tônus da musculatura da hipofaringe do RNPT (MARTIN, 2017).

1.3 Diagnóstico diferencial

A apneia da prematuridade pode ser primária, ou seja, própria do pré-termo, mas também ser consequência de doenças associadas, como sepse, enterocolite necrosante, afecções do sistema nervoso central (SNC), tais como hemorragia peri-intraventricular, convulsões e encefalopatia hipóxico-isquêmica, choque, anemia, hipovolemia, hipoxemia, persistência do canal arterial, displasia broncopulmonar e também ser uma manifestação convulsiva. Pode ainda ser secundária ao mal posicionamento da cabeça/pescoço, à obstrução nasal, à dor, à instabilidade térmica, às drogas de uso materno (MARTIN, 2017; SALE, 2010).

Atenção especial deve ser dada aos RNPT nascidos de parturientes nas quais foi utilizado sulfato de magnésio para tratar doença hipertensiva gestacional ou para neuroproteção do RN, pois a hipermagnesemia nos recém-nascidos pode ser causa de apneia (SALE, 2010).

De particular interesse, é a associação entre apneia e refluxo gastroesofágico (RGE), com alguns estudos não mostrando associação direta entre eles. Foi relatado que o RGE seria consequência da apneia e não o inverso, pois seria a hipóxia causada pela apneia que levaria ao relaxamento do esfíncter esofageano inferior, propiciando episódios de RGE (ABU-JAWDEH; MARTIN, 2013).

É importante, também, ressaltar que não há relação causal entre apneia e síndrome da morte súbita em crianças, apesar de RNPT serem de alto risco para esta doença.

Outro diagnóstico diferencial importante é a respiração periódica, na qual pequenas pausas ocorrem em alternância com as respirações de forma repetitiva. Ocorrem sem alteração na frequência cardíaca ou na cor, e, ao contrário da apneia, não requer intervenção.

Somente após exclusão de causas associadas é que se faz diagnóstico de apneia primária. Importante ressaltar que é imperativo manter o RNPT em estabilidade

térmica. Muitas vezes, na prática diária, este importante fator de risco, que pode desencadear muitas doenças e até sequelas na criança, é negligenciado.

1.4 Prevenção

A apneia deve ser sempre considerada como uma intercorrência que poderá estar presente nos RNPT. Para evitar que ela aconteça, é fundamental que algumas atitudes sejam tomadas:

- ▶ Monitorização não invasiva de todo RNPT com risco de apneia.
- ▶ Manutenção do RN em ambiente térmico e umidade adequados.
- ▶ Posicionamento em decúbito prono, evitando-se a flexão do pescoço, propiciando maior estabilização da caixa torácica, maior sincronismo dos movimentos respiratórios e maior tempo de sono não REM (*rapid eye movement*, que significa “movimento rápido dos olhos”).
- ▶ Estímulo proprioceptivo, com o contato pele a pele e a colocação na posição canguru sempre que possível.
- ▶ Medidas que mantenham adequado controle nutricional e que evitem distúrbios metabólicos e infecciosos.

1.5 Tratamento

Apneia secundária:

Tratar a causa da apneia.

Apneia primária:

1.5.1 Tratamento não farmacológico

- ▶ Controle da temperatura: manter a temperatura axilar (TAX) do RN entre 36,5°C e 37,5°C.
- ▶ Posicionamento: evitar a hiperextensão e hiperflexão do pescoço para prevenção de apneia obstrutiva. Recente revisão sistemática não encontrou evidências suficientes para recomendar o posicionamento ideal para melhorar a função cardiorrespiratória em RNPT com apneia. Apesar de melhor estabilidade da caixa torácica e da redução do assincronismo toracoabdominal ser atingido quando na posição prona, esta posição está relacionada à ocorrência de morte súbita. Portanto, deve ser orientado aos pais/responsáveis que ela seja evitada após a alta hospitalar.
- ▶ Posição canguru: apesar de recente metanálise envolvendo seis estudos não ter demonstrado efeito significativo da posição canguru nos episódios de apneia, houve uma redução da frequência respiratória com taxas de saturação de oxigênio mais altas, além de promover melhor estabilidade fisiológica e evitar hipotermia.
- ▶ Estímulo cinestésico/olfatório: o melhor estímulo tátil disponível com inúmeras outras vantagens é a posição canguru, pois, além de ser fonte de calor, os movimentos respiratórios maternos estimulam o RNPT a respirar.

É também hipotetizado que o estímulo olfatório com odor agradável reduziria os episódios de apneia e bradicardia. Aqui, também, o cheiro da pele da mãe e do leite materno são proporcionados pela posição canguru.

- ▶ Oxigenioterapia: cânulas com baixo fluxo de O₂ reduzem episódios de hipóxia e apneia.
- ▶ CPAP: pode reduzir em até 50% dos episódios de apneia, caso sejam proporcionadas adequadas pressões, com melhora no volume residual pulmonar. Pode evitar apneias obstrutivas, por manter as vias aéreas superiores abertas. Pode ser usado em associação com a cafeína. Alguns prematuros, mesmo com a administração das metilxantinas, continuarão a apresentar episódios de apneia. Nessas situações, a utilização do Cpap nasal com 3 cm a 5 cm de H₂O diminuirá a ocorrência desses eventos.
- ▶ Cânula nasal de alto fluxo: também pode ser utilizada.
- ▶ Ventilação mecânica: indicada caso os outros tratamentos falhem.

1.5.2 Farmacológico

Cafeína: o tratamento medicamentoso de escolha é o citrato de cafeína, pois apresenta menos efeitos colaterais que a teofilina, mas pode provocar alterações cardíacas e poliúria. Atua como inibidor de receptores de adenosina no cérebro. É sugerido, ainda, que estimula a contratilidade do diafragma, o que não foi ainda demonstrado em RNPT.

A dose da cafeína é de 20 mg/kg em dose de ataque, seguida de 5 mg/kg/dia (dose de manutenção).

A retirada das xantinas deve ocorrer, em geral, quando o RN tem mais de 34 semanas de idade gestacional corrigida e encontra-se sem apresentar apneia por mais de cinco a sete dias. É importante considerar que, mesmo após esse período, essas crianças podem apresentar quedas de saturação e pausas. Após a suspensão da cafeína, considerar sua meia-vida antes da alta, que é de 50 h a 100 h. A Academia Americana de Pediatria sugere que ela poderia ser suspensa após período livre de apneia entre 5 a 7 dias ou 33 a 34 semanas de idade corrigida, ou o que vier antes.

Aminofilina: na dose de 5,0 mg/kg no ataque e de 1,0 mg/kg/dose, de 8 em 8 horas, para atingir um nível plasmático entre 5 ug/ml e 10 ug/ml, também pode ser utilizada, mas apresenta mais efeitos colaterais que a cafeína. No RN, mas não no adulto, a teofilina, depois de administrada, é metabolizada em cafeína. Os cuidados a serem tomados com a administração de teofilina devem estar relacionados à possibilidade de se desenvolver taquicardia, vômitos e episódios convulsivos.

A utilização profilática de metilxantinas (cafeína e teofilina) logo após o nascimento, comparada com a utilização de placebo, diminui os episódios de apneia, bradicardia, hipoxemia ou a necessidade de ventilação mecânica em recém-nascidos pré-termo. Por outro lado, foi demonstrado que o uso de cafeína reduz a ocorrência de displasia broncopulmonar com 36 semanas de idade corrigida e de alterações do neurodesenvolvimento aos 18 a 21 meses, quando foi utilizada em RNPT com peso de nascimento entre 500 g a 1.250 g (SCHIMIDT et al., 2006).

1.6 Observação e cuidados após a alta hospitalar

- ▶ Observar ocorrência de cianose ou palidez durante administração de dieta. interromper caso aconteça, até que melhore.
- ▶ Especial cuidado deve ser tomado durante as mamadas e o posicionamento do RNPT no leito deve ser em decúbito supino.
- ▶ Observar os RNPT entre 24 a 27 semanas, pois têm mais chance de apresentar apneia até as 38 semanas de idade corrigida.
- ▶ Crianças com displasia broncopulmonar podem apresentar episódios de apneia até quatro semanas após atingir a idade de termo.
- ▶ A ocorrência de viroses respiratórias pode contribuir para aparecimento de episódios de apneia, bem como vacinas em qualquer época.
- ▶ Os RNPT, mesmo após o período neonatal imediato, quando submetidos à anestesia para a realização de algum ato cirúrgico, necessitam de vigilância, pois apneia pode ocorrer nas 48 horas após esse procedimento.

Referências

ABU-JAWDEH, E. G.; MARTIN, R. J. Neonatal apnea and gastroesophageal reflux (GER): is there a problem?. **Early human development**, Amsterdam, v. 89, p. S14-S16, 2013. Supplement 1.

ABU-SHAWEESH, J. M.; MARTIN, R. J. Neonatal apnea: what's new?. **Pediatric Pulmonology**, New York, v. 43, n. 10, p. 937-944, 2008.

AMIN, S. B.; WANG, H. Unbound unconjugated hyperbilirubinemia is associated with central apnea in premature infants. **Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 166, n. 3, p. 571, 2015.

BLOCH-SALISBURY, E. et al. Heritability of apnea of prematurity: a retrospective twin study. **Pediatrics**, [S.l.], v. 126, n. 4, p. e779, 2010.

CARDOT, V. et al. Ventilatory response to a hyperoxic test is related to the frequency of short apneic episodes in late preterm neonates. **Pediatric Research**, Baltimore, v. 62, n. 5, p. 591-596, 2007.

EICHENWALD, E. C.; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Fetus and Newborn. Apnea of Prematurity. **Pediatrics**, [S.l.], v. 137, n. 1, p. e20153757, 2016.

FINER, N. N. et al. Obstructive, mixed, and central apnea in the neonate: physiologic correlates. **Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 121, n. 6, p. 943-950, 1992.

HOFSTETTER, A. O. et al. Cardiorespiratory development in extremely preterm infants: vulnerability to infection and persistence of events beyond term-equivalent age. **Acta Paediatrica**, [S.l.], v. 97, n. 3, p. 285-292, 2008.

KUMRAL, A. et al. Genetic basis of apnoea of prematurity and caffeine treatment response: role of adenosine receptor polymorphisms. **Acta Paediatrica**, [S.l.], v. 101, n. 7, p. e299-e303, 2012.

MARTIN, R. **Pathogenesis, clinical presentation, and diagnosis of apnea of prematurity**. 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-clinical-presentation-and-diagnosis-of-apnea-of-prematurity>>. Acesso em: 7 mar. 2017.

MATHEW, O. P. Apnea of prematurity: pathogenesis and management strategies. **Journal of Perinatology**, [S.l.], v. 31, n. 5, p. 302-310, 2011.

PAOLILLO, P.; PICONE, S. Apnea of Prematurity. **Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. e020213, 2013.

RAMANATHAN, R. et al. Cardiorespiratory events recorded on home monitors: Comparison of healthy infants with those at increased risk for SIDS. **JAMA**, [S.l.], v. 285, n. 17, p. 2199-2207, 2001.

SALE, S. M. Neonatal apnoea. **Best Practice e Research Clinical Anaesthesiology**, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 323-336, 2010.

SCHOEN, K. et al. Use of methylxanthine therapies for the treatment and prevention of apnea of prematurity. **Paediatric Drugs**, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 169-177, 2014.

SCHIMIDT, B. et al. Caffein therapy for apnea of prematurity. **New England Journal of Medicine**, v. 344, p. 2112-2121, 2006.

WILSON, S. L. et al. Upper airway patency in the human infant: influence of airway pressure and posture. **Journal of Applied Physiology: Respiratory, Environmental and Exercise Physiology**, [S.l.], v. 48, n. 3, p. 500-504, 1980.

2 Refluxo gastroesofágico (RGE) no recém-nascido pré-termo

Objetivo:

- ▶ Conhecer a etiopatogenia, o diagnóstico e o tratamento do refluxo gastroesofágico no RNPT.

Introdução

O refluxo gastroesofágico (RGE) fisiológico é a passagem involuntária repetitiva de conteúdo gástrico para o esôfago. Quando ele cursa com sintomas incômodos ou complicações, é chamado de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).

Aos 2 meses de idade, regurgitações diárias podem estar presentes em torno de 70% a 80% das crianças (CZINN; BLANCHARD, 2013); e até os 6 meses, em 50% delas (HEGAR et al., 2009), sendo que, ao final do 1º ano de vida, a maioria já não as apresenta mais (BADRIUL; VANDENPLAS, 1999; RUDOLPH et al., 2001). O pico de incidência do RGE é por volta do 4º mês de vida (DUNCAN; ROSEN, 2016).

As avaliações realizadas em RNPT são menos frequentes e, na maioria das vezes, estão restritas aos RNs admitidos em unidades neonatais, em que há uma incidência relatada de até 22% em RN menores que 34 semanas (DHILLON; EWER, 2004). Mas, apesar desta baixa prevalência, estudo envolvendo 1.596 RNPT mostrou que 25% deles recebiam alta hospitalar em uso de medicação para tratamento de RGE (MALCOLM et al., 2008). Apesar de haver várias suposições quanto à maior presença de RGE em pré-termos, quando comparados aos RNs a termo, não parece haver dados consistentes que apoiem essa hipótese. A ocorrência de DRGE é estimada em 7% das crianças (RUDOLPH et al., 2001; ORENSTEIN, 2006).

2.1 Patogênese

A propulsão do alimento da boca ao estômago está, principalmente, na dependência do peristaltismo do esôfago, do mecanismo de relaxamento e contração do esfíncter esofágico inferior e do esvaziamento gástrico.

O esfíncter esofágico inferior é anatomicamente definido como a parte distal do esôfago, que não só relaxa para permitir a passagem do alimento em direção ao estômago, mas também inibe o refluxo de conteúdo gástrico para o interior do esôfago. A inibição desse refluxo está baseada na manutenção de uma pressão, nessa região, maior do que a encontrada no estômago.

A pressão existente no esfíncter esofágico inferior é menor em recém-nascidos, variando de 5 mmHg, para aqueles com 27 semanas de gestação, até atingir 23 mmHg ao termo. Essa pressão tem relação maior com a idade pós-conceptual do que com a idade pós-natal e, em todas as épocas, ela é maior do que a pressão existente no estômago, prevenindo, dessa forma, o refluxo.

Parece que mais do que uma alteração do tônus basal do esfíncter esofágico inferior, o refluxo está na dependência de relaxamentos transitórios que ocorrem nessa região, em associação a maiores períodos em posição supina. Tal situação ainda não está bem estudada em pré-termos e parece ser o mecanismo principal para a ocorrência de RGE nesta população (POETS; BROCKMANN, 2011).

Outros fatores importantes na gênese do RGE parecem ser a pressão abdominal e o esvaziamento gástrico. Em 1989, Newel e colaboradores encontraram importante incidência de refluxo em pré-termos após a troca de fraldas, uma intervenção que certamente leva ao aumento da pressão abdominal (NEWELL et al., 1989).

O esvaziamento gástrico – que parece ser levemente mais lento em recém-nascidos pré-termo do que em RN a termo – leva a maior chance de refluxo. No entanto, devido à variedade de metodologias aplicadas e diferentes tipos de dieta, é difícil determinar a real magnitude dessa situação em pré-termos.

Tem sido muito discutida a relação de RGE e apneia. Hipóteses relacionam o aparecimento do RGE como um desencadeante da apneia, mas parece que o inverso seria o mais provável: a apneia desencadear RGE (ABU-JAWDEH; MARTIN, 2013). Estudo mostrou que 9% dos episódios de RGE foram precedidos de eventos respiratórios e pequena porcentagem de eventos cardiorrespiratórios foi precedido de RGE (DI FIORE, 2010).

2.2 Apresentação clínica

A clássica apresentação do RGE é o vômito e as regurgitações recorrentes, embora muitos episódios de regurgitação gástrica não resultem em êmese; já a DRGE pode apresentar-se com sintomas esofágicos e extraesofágicos.

Os sintomas esofágicos são os vômitos, ganho de peso insuficiente, dor abdominal ou retroesternal e esofagite, além de estenose esofageana, esôfago de Barrett e adenocarcinoma no quadro crônico. Outro achado importante é a dor em decorrência tanto da esofagite quanto do desconforto que o refluxo pode provocar. A dificuldade de ganho ponderal é um achado frequente na DRGE, em virtude dos vômitos e dos esquemas alimentares com redução de volume de leite ofertado. As manifestações respiratórias como tosse, laringite e chiados, além de pneumonia de repetição em RNPT, constituem as manifestações extraesofageanas (CZINN; BLANCHARD, 2013; VANDENPLAS et al., 2009).

Alguns trabalhos têm demonstrado maior relação entre o DRGE e a displasia broncopulmonar, mostrando a melhora dessa doença respiratória com o tratamento do refluxo gastroesofágico (KHALAF et al., 2001), mas outros não têm achado associação (NOBILE et al., 2015).

Os recém-nascidos que foram submetidos à correção cirúrgica de atresia de esôfago, com ou sem fistula traqueoesofágica, têm maior chance de apresentar RGE (LIGHTDALE; GREMSE; SECTION ON GASTROENTEROLOGY..., 2013).

A utilização de metilxantinas em pré-termos pode também estar associada à presença de DRGE grave (STEIN et al., 1980; VANDENPLAS; WOLF; SACRE, 1986).

2.3 Avaliação diagnóstica

O diagnóstico da DRGE é difícil. Os exames do trato gastrointestinal superior muitas vezes não são bons preditores para DRGE, principalmente no RNPT.

A dificuldade de se definir a real presença do RGE em pré-termo está muitas vezes relacionada à falta de padrões de referência considerados definitivamente como normais. Dessa forma, o diagnóstico costuma basear-se no que é encontrado em crianças a termo.

A avaliação radiológica com contraste (REED) não tem sensibilidade e especificidade adequadas para o diagnóstico, não sendo capaz de diferenciar o RGE da DRGE. Deve ser utilizada para descartar malformação de trato gastrointestinal superior (VANDENPLAS et al., 2009).

A medida do pH esofágico para monitorar a frequência e a duração em que o esôfago é submetido ao contato com o suco gástrico é chamada de pHmetria. Esse exame é realizado por meio da colocação de um eletrodo na porção distal do esôfago, que monitora durante 24 horas as mudanças do pH local. A frequência e a duração dos momentos em que o pH se encontra abaixo de 4 são os parâmetros utilizados para diagnóstico de refluxo (LIGHTDALE; GREMSE; SECTION ON GASTROENTEROLOGY..., 2013). Alguns estudos, no entanto, mostram que pré-termos sem DRGE podem ter, durante 4,5% do tempo aferido, esse pH menor do que 4. Além disso, esse não é um exame sensível aos refluxos não ácidos, muito comuns nessa faixa etária.

A Impedância Intraluminal Múltipla pode detectar movimentos anterógrados e retrógrados de ar, líquidos ácidos, ou não, e sólidos, sendo mais detalhada para o diagnóstico de RGE, embora ainda pouco disponível em nosso meio (LIGHTDALE; GREMSE; SECTION ON GASTROENTEROLOGY..., 2013).

A utilização do endoscópio, com material flexível, é a melhor maneira de diagnóstico da esofagite por refluxo. Mesmo que visualmente não aparente haver sinais de esofagite, a biópsia é mandatória. Nesses casos, o aparecimento de hiperplasia das células basais, o aumento do estroma papilar, a presença de infiltrado eosinofílico intraepitelial ou mesmo a presença de neutrófilos ou linfócitos intraepiteliais podem ser compatíveis com o diagnóstico de esofagite. A ausência destas alterações não descarta DRGE (VANDENPLAS; WOLF; SACRE, 1986).

Outros estudos, como a manometria esofágica, o tempo de esvaziamento gástrico e a ultrassonografia, também têm sido utilizados, mas com aplicabilidade limitada. A cintilografia gastroesofágica não é indicada de rotina.

2.4 Tratamento

Uma variedade de propostas de tratamento tem sido utilizada, algumas com resultados ainda não adequadamente comprovados quanto à validade terapêutica. Podemos dividir essas modalidades de tratamento em conservadora, medicamentosa e cirúrgica. A abordagem conservadora está indicada tanto para RGE como para a DRGE, mas o tratamento medicamentoso e cirurgia apenas para a DRGE. Apesar de o RGE ser frequente em RNPT, sua abordagem terapêutica é controversa e a maioria é de evolução autolimitada, exceto quando apresenta comorbidades associadas e, nesses casos, pode requerer terapêutica específica (BARKEMEYER, 2015).

2.4.1 Terapêutica conservadora

Durante longo tempo, o posicionamento do corpo foi utilizado para diminuir o refluxo. É relatado na literatura que o decúbito prono diminui a incidência de refluxo quando comparado com o supino; no entanto, devido à associação da posição em prono com a síndrome da morte súbita, essa posição só é recomendada com o recém-nascido acordado e sendo observado por adulto. A elevação da cabeceira em 30%, na posição supina, não parece ter melhor efeito (ORENSTEIN, 1990).

A colocação da criança em posição semissentada, em vez de diminuir o refluxo, contribui para seu aumento (ORENSTEIN; WHITINGTON; ORENSTEIN, 1983). O espessamento da dieta não está indicado para o RNPT (CORVAGLIA et al., 2013) e pode resultar em enterocolite necrosante em RNPT (CLARKE; ROBINSON, 2004). A administração de dieta fracionada em pequenas quantidades parece ser benéfica, mas sua utilização ainda não foi sistematicamente estudada em pré-termos.

2.4.2 Terapêutica medicamentosa

A terapêutica para a DRGE inclui o uso de agentes inibidores H₂ e de inibidores da bomba de prótons; no entanto, não existe ainda medicação desse último grupo liberada para RN. O omeprazol ainda não foi adequadamente estudado em pré-termos e seu uso em crianças menores de 1 ano não é recomendado. O esomeprazol pode ser utilizado em crianças acima de 1 ano de idade (LIGHTDALE; GREMSE; SECTION ON GASTROENTEROLOGY..., 2013).

As drogas que inibem a acidez do suco gástrico podem predispor ao aparecimento de enterocolite necrosante e infecções (LIGHTDALE; GREMSE; SECTION ON GASTROENTEROLOGY..., 2013), pois reduzem a maior defesa não imunológica do RN, que é a acidez do suco gástrico. A ranitidina pode causar alteração na microbiota intestinal, levando à redução da defesa local (TERRIN et al., 2012).

Fármacos como a metoclopramida, domperidona, betanecol, eritromicina e baclofen ainda não têm evidências suficientes para uso rotineiro no tratamento da DRGE em crianças (LIGHTDALE; GREMSE; SECTION ON GASTROENTEROLOGY..., 2013).

2.4.3 Terapêutica cirúrgica

A intervenção cirúrgica só está indicada após a tentativa de tratamento conservador e medicamentoso realizada de forma adequada (LIGHTDALE; GREMSE; SECTION

ON GASTROENTEROLOGY..., 2013). As exceções são as malformações, nas quais a cirurgia pode estar indicada desde o diagnóstico (por exemplo, fístulas traqueoesofágicas, grandes hérnias hiatais, estenoses congênitas). As indicações para intervenção cirúrgica podem incluir:

- ▶ Dificuldade de crescimento.
- ▶ Pneumonia recorrente.
- ▶ Anemia por sangramento esofágico.
- ▶ Vômitos persistentes.
- ▶ Grande hérnia hiatal ou para-hiatal.
- ▶ Ulceração ou estenose esofágica.

A cirurgia mais utilizada é a funduplicatura gástrica pela técnica de Nissen.

2.5 Conclusão

Embora não se conheça sua real magnitude, parece claro que o refluxo gastroesofágico ocorre em recém-nascidos pré-termo. Caso não existirem sinais de alerta, o manuseio por meio de terapêutica conservadora, como a colocação em decúbito prono (sob supervisão direta e constante de um adulto) e a administração de dieta em pequenas quantidades parecem ser a abordagem mais adequada. A posição supina deve ser a adotada em lactentes, devido ao risco de morte súbita associado à posição prona e lateral. A cabeceira elevada a 30° tem sido utilizada, mas parece que não tem efeito na prevenção do RGE em lactentes. Nos casos em que se suspeita da presença de DRGE, principalmente com complicações como a esofagite, bloqueadores H2 podem ser utilizados. Essa abordagem tem sido eficaz em muitas das situações, mesmo quando há déficit de crescimento e possibilidade de apneia secundária ao RGE.

Referências

- ABU-JAWDEH, E. G.; MARTIN, R. J. Neonatal apnea and gastroesophageal reflux (GER): is there a problem?. **Early Human Development**, Amsterdam, v. 89, p. S14-S16, 2013. Supplement 1.
- BADRIUL, H.; VANDENPLAS, Y. Gastro-oesophageal reflux in infancy. **Journal of Gastroenterology and Hepatology**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 13-19, 1999.
- BARKEMEYER, B. M. Discharge Planning. **Pediatric Clinics of North America**, [S.l.], v. 62, n. 2, p. 545-556, 2015.
- CLARKE, P.; ROBINSON, M. J. Thickening milk feeds may cause necrotising enterocolitis. **Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition**, [S.l.], v. 89, n. 3, p. F280, 2004.
- CORVAGLIA, L. et al. Nonpharmacological Management of Gastroesophageal Reflux in Preterm Infants. **BioMed Research International**, [S.l.], v. 2013, n. 141967, p 1-7, 2013.
- CZINN, S. J.; BLANCHARD, S. Gastroesophageal Reflux Disease in Neonates and Infants: When and How to Treat. **Pediatric Drugs**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 19-27, 2013.
- DHILLON, A. S.; EWER, A. K. Diagnosis and management of gastro-oesophageal reflux in preterm infants in neonatal intensive care units. **Acta Paediatrica**, [S.l.], v. 93, n. 1, p. 88-93, 2004.

- DI FIORE, J. Characterization of cardiorespiratory events following gastroesophageal reflux in preterm infants. **Journal of Perinatology**, [S.l.], v. 30, n. 10, p. 683-687, 2010.
- DUNCAN, D. R.; ROSEN, R. L. Current Insights into the Pharmacologic and Nonpharmacologic Management of Gastroesophageal Reflux in Infants. **NeoReviews**, [S.l.], v. 17, n. 4, p. 203-212, 2016.
- HEGAR, B. et al. Natural evolution of regurgitation in healthy infants. **Acta Paediatrica**, [S.l.], v. 98, n. 7, p. 1189-1193, 2009.
- KHALAF, M. N. et al. Clinical correlations in infants in the neonatal intensive care unit with varying severity of gastroesophageal reflux. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 45-49, 2001.
- LIGHTDALE, J. R.; GREMSE, D. A.; SECTION ON GASTROENTEROLOGY, HEPATOLOGY, AND NUTRITION. Gastroesophageal Reflux: Management Guidance for the Pediatrician. **Pediatrics**, [S.l.], v. 131, n. 5, e1684-e1695, 2013.
- MALCOLM, W. F. et al. Use of medications for gastroesophageal reflux at discharge among extremely low birth weight infants. **Pediatrics**, [S.l.], v. 121, n. 1, p. 22-27, 2008.
- NEWELL, S. J. et al. Gastro-oesophageal reflux in preterm infants. **Archives of Disease in Childhood**, [S.l.], v. 64, n. 6, p. 780-786, 1989.
- NOBILE, S. et al. Are Infants with Bronchopulmonary Dysplasia Prone to Gastroesophageal Reflux? A Prospective Observational Study with Esophageal pH-Impedance Monitoring. **The Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 167, n. 2, p. 279-285, 2015.
- ORENSTEIN, S. R. Natural history of infant reflux esophagitis: symptoms and morphometric histology during one year without pharmacotherapy. **The American Journal of Gastroenterology**, [S.l.], v. 101, n. 3, p. 628-640, 2006.
- _____. Prone positioning in infant gastroesophageal reflux: is elevation of the head worth the trouble?. **Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 117, n. 2, p. 184-187, 1990. Part 1.
- _____. WHITINGTON, P. F.; ORENSTEIN, D. M. The infant seat as treatment for gastroesophageal reflux. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 309, n. 13, p. 760-763, 1983.
- POETS, C. F.; BROCKMANN, P. E. Myth: Gastroesophageal reflux is a pathological entity in the preterm infant. **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**, [S.l.], v. 16, n. 5, p. 259-263, 2011.
- RUDOLPH, C. D. et al. Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, [S.l.], v. 32, p. S1-S31, 2001. Supplement 2.
- STEIN, M. R. et al. The effect of theophylline on the lower esophageal sphincter pressure. **Annals of Allergy**, [S.l.], v. 45, n. 4, p. 238-241, 1980.
- TERRIN, G. et al. Ranitidine is Associated With Infections, Necrotizing Enterocolitis, and Fatal Outcome in Newborns. **Pediatrics**, [S.l.], v. 129, n. 1, p. e40-e45, 2012.
- VANDENPLAS, Y. et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, [S.l.], v. 49, n. 4, p. 498-547, 2009.
- _____; WOLF, D. E.; SACRE, L. Influence of Xanthines on Gastroesophageal Reflux in Infants at Risk for Sudden Infant Death Syndrome. **Pediatrics**, [S.l.], v. 77, n. 6, p. 807-810, 1986.

3 Displasia broncopulmonar

Objetivo:

Conhecer a etiopatogenia da displasia broncopulmonar (DBP), o seu diagnóstico, manuseio e orientações quanto ao seguimento após a alta hospitalar.

Introdução

A displasia broncopulmonar, também conceituada como doença pulmonar crônica (DPC), é uma doença decorrente da associação da prematuridade e da assistência respiratória, notadamente a ventilação mecânica, a que esses RNs possam, porventura, ter sido submetidos, causando uma alteração estrutural pulmonar com necessidade do uso prolongado da oxigenioterapia. Nas suas formas mais graves, pode levar a óbito ou a alterações futuras do crescimento e do neurodesenvolvimento.

3.1 Etiopatogenia

Apesar da importância da assistência respiratória na gênese da DBP, existem várias condições associadas ao seu desencadeamento. Essa multifatorialidade envolve situações pré e pós-natais de cunho inflamatório, infeccioso e nutricional, além da assistência respiratória oferecida a esses recém-nascidos pré-termo, notadamente os de muito baixo peso ao nascer. Alguns trabalhos chegam, inclusive, a relatar possível predisposição genética. Porém, a prematuridade e a terapia com oxigênio são os fatores mais diretamente relacionados à doença.

Para entender melhor a DBP, é importante saber que os RNPT nascem com pulmões imaturos, e não somente pela ausência ou diminuição de produção de surfactante. Durante o amadurecimento dos pulmões, os alvéolos passam por algumas fases, relacionadas a seguir:

- ▶ Canalicular: aproximadamente de 16 até 26 ou 28 semanas de gestação.
- ▶ Sacular: que se estende de 26 ou 28 até 32 ou 36 semanas de gestação.
- ▶ Alveolar: que começa com 32 ou 36 semanas e vai até a IG de termo e mais além, chegando aos 2 anos de idade.

Por isso, quando a criança nasce prematuramente, seus alvéolos pulmonares ainda não estão desenvolvidos e se apresentam numa forma rudimentar. Assim, os fatores anteriormente citados podem interferir nessa maturação, provocando um desarranjo no desenvolvimento estrutural pulmonar, com conseqüente perda de função.

3.2 A doença mudou ou foram os RNPT que mudaram?

Na verdade, um pouco dos dois. As características dos RNPT que necessitaram de ventilação mecânica mudaram durante as últimas décadas, assim como a própria manifestação e definição de DBP.

Quando a displasia broncopulmonar foi identificada por Northway, em 1967, era uma manifestação mais grave com achados clínicos, radiológicos e patológicos associados

aos RNPT que recebiam ventilação mecânica. Agora, ela é chamada de forma clássica ou DBP antiga (SCHIMIDT, 2002).

Entretanto, a terapia com surfactante, o uso de corticoides antenatais e a evolução no manuseio da ventilação mecânica, além de uma série de melhorias nos cuidados neonatais, propiciaram uma redução da forma clássica (mais grave), que foi substituída por uma forma mais leve de dano pulmonar, chamada de “nova DBP” ou, como já mencionamos, doença pulmonar crônica (DPC) (COALSON, 2003).

Apesar de tudo isso, e ao contrário do que se esperava, após a introdução do surfactante, a incidência de DBP não só não diminuiu, mas de fato aumentou, o que pode ser atribuído ao aumento da sobrevivência dos RNs de muito baixo peso.

3.3 Definição

Como já foi citado, durante os últimos anos, foram propostos vários nomes e definições para a doença, o que fica melhor demonstrado no quadro a seguir. Observe também que, dependendo da definição usada, a incidência de DBP pode variar; por isso, é importante saber qual foi a definição usada para poder comparar os resultados das pesquisas.

Para se ter uma ideia da importância de uma definição, nesta pesquisa, feita na Universidade de Miami (*Jackson Memorial Center*), durante o período de 1995 a 2000, foram aplicadas várias definições para um mesmo grupo de RNPT e a incidência de DBP variou em quase dez vezes:

Tabela 1 – Variação de incidência de DBP, conforme a definição utilizada

	Incidência (%)
Em O ₂ contínuo durante os primeiros 28 dias de vida.	5,9
Em O ₂ com 28 dias de vida.	57,2
Em O ₂ por ≥ 28 dias durante a hospitalização.	47,1
Em O ₂ por ≥ 84 dias durante a hospitalização.	11,0
Em O ₂ na 36ª semana de idade corrigida.	25,0
Em O ₂ na 36ª semana de idade corrigida e por ≥ 28 dias.	22,8

Fonte: (BANCALARI; CLAURE; SOSENKO, 2003).

Finalmente, em 2001, o *National Institutes of Health* patrocinou um *workshop* que resolveu, em consenso, referir-se a esse processo de doença como displasia broncopulmonar, como já tinha sido usado anteriormente, encerrando a discussão sobre a melhor nomenclatura.

Além disso, foi proposta uma definição que usa a duração mínima de 28 dias com uma avaliação da gravidade do quadro com 36 semanas de IG ou 56 dias de vida, dependendo da IG (maior ou menor do que 32 semanas). O uso do conceito de prematuridade, por intermédio do corte pela IG, contribuiu para melhorar a definição, permitindo também uma classificação de gravidade. Os achados radiológicos não foram usados na nova definição.

Quadro 1 – Definição de Displasia Broncopulmonar, segundo o Consenso 2001 do National Institute of Health

Idade gestacional	< 32 semanas.	≥ 32 semanas.
Idade de avaliação	36 semanas de IG ou na alta hospitalar, o que vier primeiro. Tratamento com O ₂ > 21% por pelo menos 28 dias e mais.	> 28 dias de vida (DV), mas < 56 DV ou alta hospitalar, o que vier primeiro.
Leve	RN em ar ambiente (AA) com 36 semanas de IG ou na alta hospitalar, o que vier primeiro.	RN em AA com 56 DV ou na alta hospitalar, o que vier primeiro.
Moderada	Necessidade de < 30% de O ₂ com 36 semanas de IG na alta hospitalar, o que vier primeiro.	Necessidade de < 30% de O ₂ com 56 DV na alta hospitalar, o que vier primeiro.
Grave	Necessidade de ≥ 30% de O ₂ e/ou pressão positiva (VPP/Cpap) com 36 semanas de IG ou na alta hospitalar, o que vier primeiro.	Necessidade de ≥ 30% de O ₂ e/ou pressão positiva (VPP/Cpap) com 56 DV ou na alta hospitalar, o que vier primeiro.

Fonte: (JOBE; BANCALARI, 2001).

3.4 Evolução em função da gravidade do quadro pulmonar

Posteriormente, em 2005, o mesmo grupo de pesquisadores buscou validar as citadas definição e classificação e usou o referido instrumento em um seguimento longitudinal de prematuros. Na tabela a seguir, podemos não só visualizar os desfechos relacionados à DBP, mas também a sua associação com a gravidade do quadro.

Observe que as diferenças são crescentes (conforme a gravidade) e que os RNPT sem displasia e aqueles com um quadro leve assemelham-se em muitos aspectos.

Nem toda DBP é igual. Por isso, é importante saber diferenciar a sua gravidade para conhecer os riscos e planejar o acompanhamento.

Os sintomas respiratórios diminuem com a idade (até 12 anos), embora os testes de função pulmonar possam melhorar ou não, dependendo da gravidade da doença. O crescimento pulmonar contribui para a melhoria da função respiratória, especialmente naquelas crianças com DBP leve.

Foi realizada uma pesquisa que envolveu 4.866 RNPT com IG < 32 semanas e PN < 1.000 g que sobreviveram até 36 semanas de IG. Destes, 79% (3.848) foram avaliados com 18 a 22 meses de idade corrigida e classificados por gravidade de DBP (segundo o consenso). Os resultados em termos de neurodesenvolvimento e crescimento são mostrados na Tabela 2.

Tabela 2 – Neurodesenvolvimento e crescimento, segundo a BDP (consenso)

DBP	Sem DBP	Leve	Moderada	Grave
Total = 3.848	(n = 876)	(n = 1.186)	(n = 1.143)	(n = 643)
Paralisia cerebral (%)	8,1%	11,3%	17%	26,8%
MDI < 70 = “Bailey mental”	21	25,6	35,1	49,8
PDI < 70 = “Bailey psicomotor”	12,2	16,4	26,1	41,1
Cegueira unilateral (%)	0,23%	0,17%	1,1%	1,6%
Cegueira bilateral (%)	0,11%	0,68%	1,2%	2,2%

Continua

Conclusão

DBP	Sem DBP	Leve	Moderada	Grave
Surdez (%)	0,82%	2,7%	3,7%	6,0%
Retardo mental (%)	21%	25,6%	35,1%	49,8%
Comprometimento neurológico (%)	28,1%	34,4%	44,6%	61,9%
Peso abaixo do 10º percentis (%)	48,8%	49,8%	55,2%	62,6%
Oxigenioterapia domiciliar (%)	2,7%	7,5%	57,8%	62,1%
Idade à suspensão do O ₂ (meses)	7,3	7,2	7,6	9,7

Fonte: (EHRENKRANZ et al., 2005).

3.5 O que podemos esperar em relação à função respiratória?

Pode-se dizer que:

- ▶ A capacidade residual funcional tende a se normalizar entre 12 e 24 meses de idade.
- ▶ A complacência pulmonar só se normaliza por volta dos 3 anos de idade.
- ▶ O volume residual tem uma melhoria lenta dos 8 aos 10 anos.
- ▶ A resistência das vias aéreas pode permanecer aumentada até a idade adulta.

Estima-se que cerca da metade dessas crianças tenha sintomas respiratórios induzidos pelo exercício.

3.6 Morbidade respiratória

É referido que a morbidade respiratória nos primeiros 2 anos de vida geralmente é causada por doença respiratória viral. Neste sentido, as taxas de re-hospitalização podem ser de 30% a 50%.

Quanto ao acompanhamento em longo prazo, um trabalho de 2002 selecionou 506 RNPT com DBP com PN médio de 801 g, IG média de 26,2 semanas, nascidos entre 1996 e 1998, para seguimento. As crianças sobreviventes foram avaliadas com 18 meses. Nesse grupo, foi observada a seguinte evolução:

- ▶ Morte após alta = 2%.
- ▶ Dependência de O₂ em casa = 38%.
- ▶ Readmissão hospitalar por problemas respiratórios = 65%.
- ▶ Medicação respiratória por mais de dois meses = 57%.

3.7 Roteiro de seguimento

Como foi visto, a DBP tem vários desfechos associados. Por isso, um pequeno roteiro poderá nos ajudar no seguimento dessas crianças e deve ser considerado conforme a gravidade do quadro.

Devemos conferir o seguimento e/ou encaminhar para:

- ▶ Oftalmologia/avaliação de retinopatia da prematuridade (ROP).
- ▶ Pneumologista = se houve alta com oxigênio, internações repetidas e/ou clínica respiratória exacerbada: broncoespasmo (BE), pneumonia (PNM) de repetição.

- ▶ Cardiologista = todos aqueles com displasia broncopulmonar oxidependentes.
- ▶ Fisioterapia respiratória = se houve alta com oxigênio, internações repetidas e/ou clínica respiratória exacerbada.
- ▶ Fonoaudiologia = avaliação e seguimento auditivo, dificuldade de sucção/alimentação.
- ▶ Nutricionista = para suporte nutricional, se houve ganho de peso insatisfatório.
- ▶ Palivizumabe = conforme protocolo “Vacinação para o RNPT”.

3.8 Exames

Entre os exames que podem ser solicitados no seguimento, conforme a gravidade do quadro, estão os seguintes:

- ▶ Exames de rotina = para anemia e doença metabólica óssea (grupo de risco pelo uso de diuréticos).
- ▶ Radiografia de tórax basal = quando a DBP for assintomática, para servir de comparação em situações futuras. Oriente a mãe a mostrar o exame ao plantonista do PS quando a criança apresentar intercorrências clínicas.
- ▶ Oximetria = a medida de saturação de oxigênio pode ajudar, mas um valor isolado ao repouso é pouco preditivo da tolerância ao esforço ou dos valores durante o sono. Os registros prolongados de saturação de O_2 são mais indicativos para avaliação da adequação da oxigenioterapia e, dependendo de cada situação, pode ser feita ambulatorialmente (titulação de O_2).
- ▶ Ultrassonografia do abdômen = indicado pelo risco para colelitíase e nefrocalcínose, em função do uso de diuréticos.
- ▶ Tomografia computadorizada de tórax = para avaliar o parênquima pulmonar em pacientes mais comprometidos.
- ▶ Ecocardiograma = com medida da Psap (pressão sistólica da artéria pulmonar) de seis em seis meses, para avaliar a hipertensão arterial pulmonar, que poderá evoluir com cor pulmonale. Essas situações devem ser identificadas e tratadas precocemente.
- ▶ Prova de função pulmonar (espirometria) = embora seja citado que pode ser realizada a partir de 5 anos de idade, a maioria das crianças ainda não consegue colaborar no exame nessa idade e, por isso, apesar das tentativas, geralmente só conseguimos fazê-lo adequadamente a partir dos 7 anos. Na verdade, a limitação maior é a altura, pois a prova só pode ser feita se a criança tiver pelo menos 1,10 m. Existe tecnologia disponível apenas em alguns locais, que permite que a avaliação da função pulmonar seja feita com pletismografia em crianças bem menores; porém, é um exame específico solicitado pelo especialista.
- ▶ Polissonografia = para avaliar a $SatO_2$ se houver evidência de apneia durante o sono ou para avaliação de fenômenos convulsivos.

3.9 Medicações

- ▶ **Diuréticos:** é comum que os recém-nascidos obtenham alta com prescrição de diuréticos. Geralmente, é usada uma associação entre hidroclorotiazida e espironolactona. A principal função deles é tentar melhorar a complacência pulmonar. A redução do tratamento é feita progressivamente, ao não se ajustar as doses pelo peso da criança. O tratamento é suspenso quando a dose alcançada é desprezível ou se não houver benefício evidente em mantê-lo. Nestes casos, o diurético poderá ser retirado mais rapidamente, reduzindo-se a dose à metade a cada semana. Lembrar que o uso de diuréticos é controverso e está mais indicado quando ocorre insuficiência cardíaca congestiva associada (DAIGLE; CLOUTTIER, 1997).

A manutenção dos diuréticos após os seis meses de idade não traz benefícios evidentes, exceto se existirem complicações adicionais.

Manejo e prevenção das crises de broncoespasmo (BE): o mesmo que se usa para outras crianças (broncodilatadores e corticoides orais para as crises e corticoides inalatórios para prevenção, conforme orientação do pneumologista).

- ▶ **Oxigênio:** também é considerado como uma medicação e deve ser mantido até a suspensão pelo especialista.

3.10 Orientações

As orientações têm como objetivo minimizar as crises de BE e prevenir infecções respiratórias virais:

- ▶ **Cuidados ambientais** = o mesmo para crianças asmáticas. O ambiente deve ser livre de animais, fumaça (cigarro, fogão à lenha, lareira), vapores orgânicos (querosene) e uma higiene rigorosa deve ser recomendada.
- ▶ **Tabagismo** = oriente os familiares para que não fumem dentro de casa e principalmente para que, quando adolescentes, essas crianças também evitem o cigarro.
- ▶ **Evitar contato com pessoas com infecção respiratória** = oriente para que os outros moradores da mesma casa (especialmente as crianças) higienizem as mãos antes de segurar o recém-nascido e cubram o rosto com lenço ou máscara quando apresentarem sinais claros de infecção respiratória. Também pode ser uma tarefa difícil, considerando-se as condições de moradia da nossa população.

3.11 Oxigenioterapia: por que e como é feita?

O objetivo da terapia com oxigênio é prevenir os efeitos da hipoxemia crônica, que acarreta a vasoconstrição pulmonar, a hipertensão pulmonar, a broncoconstrição com obstrução das vias aéreas e mudanças no crescimento pulmonar. Uma oxigenação adequada pode resultar numa melhoria do crescimento e na reparação do pulmão, além de ganhos nutricionais e no crescimento. Por outro lado, oxigênio acima do necessário não traz nenhum benefício para a criança.

O fornecimento de oxigênio é feito por meio de cateter nasal com um fluxo baixo, geralmente menor do que 0,5 litro de O₂ por minuto. Dependendo da necessidade da criança, o fluxo poderá ser aumentado. Entretanto, um fluxo de oxigênio acima de 1 litro por minuto é desconfortável (a criança fica irritada), podendo até ocasionar uma inflamação nasal. O uso da via nasal, mesmo com um fluxo baixo de O₂, propicia ressecamento da mucosa, que deve ser mantida umidificada pelo uso periódico de soro fisiológico nasal.

O fluxo de oxigênio deve ser o mínimo necessário para manter uma saturação de O₂ adequada nas situações de esforço e sono com um bom ganho de peso.

Pode-se usar mais de um tipo de fonte de oxigênio: torpedos grandes e/ou portáteis e concentradores de O₂. Este último requer energia elétrica e a família deve ser informada de que ele é barulhento e gera um aumento no custo da conta de energia elétrica. Além disso, a família deve saber da importância de se manter outra fonte alternativa de O₂ no caso da falta de energia elétrica (FITZGERALD, 2008; LOMBET, 1998).

3.12 E o que fazemos quando chega à UBS uma criança com oxigenioterapia?

Em primeiro lugar, toda alta hospitalar de um RN com DBP oxidependente deve ser comunicada à Atenção Básica, para permitir um bom planejamento do seguimento.

Por isso, é importante que o hospital ou a maternidade conheçam sua área de referência e mantenham um bom relacionamento com a rede básica.

- ▶ Prioridade na recepção ao chegar à UBS para evitar espera no atendimento e exposição às outras crianças com quadros virais.
- ▶ Confira se algum familiar recebeu treinamento e orientação para que possa ajudar a mãe nos cuidados.
- ▶ Garanta o fornecimento de medicação, a instalação do oxigênio/concentrador em casa e o torpedo de oxigênio portátil.
- ▶ Assegure o retorno para consultas com ambulância ou transporte com torpedo de oxigênio portátil.
- ▶ Relatório para a empresa de fornecimento de energia elétrica, caso a criança use um concentrador de oxigênio. Em caso de falta de eletricidade programada, a família deverá ser avisada, para buscar uma alternativa, como um torpedo de oxigênio ou remoção para o pronto-socorro próximo. Da mesma forma, o retorno da energia deverá ser prioritário nestes casos.
- ▶ Inclusão do RN na ESF: vacinação em casa, programação de visita domiciliar logo após a alta hospitalar para intervenção ambiental, sugestão para o local do berço e do oxigênio, posturação antirrefluxo, orientação sobre cuidados ambientais (fumantes, mofo, poeira, animais domésticos). Veja as orientações gerais no Anexo D.
- ▶ Medicamentos especiais: diuréticos, inalações com beta-2, corticoides etc., conforme a necessidade.

- ▶ Exames periódicos, para avaliar a hipertensão arterial pulmonar (ecocardiograma), de seis em seis meses.
- ▶ Seguimento após a alta hospitalar com oftalmologista, pneumologista, cardiologista e ambulatório de desenvolvimento (*follow-up*). Intervenções com nutricionista, fisioterapia respiratória e fonoaudiologia poderão ser necessárias.
- ▶ Palivizumabe: anticorpo monoclonal anti-VSR intramuscular durante o outono e o inverno para as crianças menores de 2 anos, quando oxídependentes ou que estiveram em tratamento nos últimos seis meses.

3.13 Quanto à suspensão da oxigenioterapia domiciliar

Até o momento, não existe nenhum meio de prever a duração da oxigenioterapia. Pode-se considerar que 60% dos recém-nascidos tenham suas oxigenioterapias suspensas nos três meses após a alta hospitalar, 25% em seis meses, e 10% continuarão com ela por mais de um ano. A manutenção de um crescimento satisfatório é o melhor indicador de uma oxigenioterapia adequada.

A oxigenação inadequada ou hipoxemia pode resultar em vários problemas clínicos, incluindo crescimento deficitário, apneia/bradicardia e respiração periódica, que podem ocasionar a re-hospitalização. Segundo um estudo de 1996, crianças com hipoxemia durante o sono (sat. < 92%) exibiam falha no seu crescimento. O mesmo estudo também mostrou que as saturações de oxigênio durante a vigília não são preditivas da saturação durante o sono. Outras pesquisas mostraram aumento da morte súbita ou situações de risco de óbito para as crianças com BDP.

Entre os riscos de uma suspensão precoce, são mais evidentes a dificuldade de ganho de peso, a fadiga e a prostração que se instalam lentamente, às vezes, após cinco dias em ar ambiente. A hipertensão arterial pulmonar também é consequente à hipóxia e instala-se silenciosamente, podendo ser identificada com medidas indiretas no ecocardiograma. Embora o cateterismo cardíaco seja o exame “padrão-ouro” para avaliar a gravidade da hipertensão arterial pulmonar, o ecocardiograma é um exame confiável e mais seguro.

As mães, muitas vezes, percebem a suplementação de oxigênio como um “incômodo desnecessário”. Devemos conferir a adesão ao tratamento e reforçar a sua importância, além dos riscos de uma suspensão precoce. Às vezes, vale um exemplo com base na realidade dela, tal como: “o oxigênio é como arroz e feijão para a criança, não é só para ajudar a respirar, mas também para crescer e engordar”.

3.14 Atenção aos sinais de descompensação respiratória

- ▶ Anorexia, fadiga e redução da atividade são sinais de descompensação respiratória.

Inicialmente, a criança pode aumentar o esforço e/ou a frequência respiratória para tentar manter uma boa saturação de oxigênio. Em um segundo momento, mesmo que consiga manter a saturação sem sinais de esforço respiratório, ela poderá fazer

isso após apresentar, em alguns dias, outros sinais: fadiga, anorexia (não quer/consegue mamar), prostração intensa com redução da atividade (dorme muito), o que acaba se traduzindo em um ganho de peso pobre.

Nestes casos, a suplementação de oxigênio deve ser retomada.

Em algumas situações, poderá ser necessário aumento do oxigênio usado habitualmente pela criança:

- ▶ Doença: um episódio infeccioso, respiratório ou não, é uma causa frequente e, neste caso, será fácil retornar aos níveis de oxigênio anteriores à infecção.
- ▶ Falha no crescimento: um retardamento do crescimento sem mudanças no aporte calórico sinaliza frequentemente uma hipóxia crônica, mesmo na ausência das medidas de saturação de O₂. Pode ser um indicador de que a criança necessita de mais oxigênio do que lhe está sendo fornecido.

3.15 Conclusão

Em função do aumento da incidência de DBP e com mais crianças obtendo alta hospitalar em uso de oxigênio domiciliar, o pediatra/médico da ESF precisa estar familiarizado com os riscos clínicos e neurológicos que envolvem esse grupo de crianças em longo prazo e deve adaptar-se para atender tal demanda.

Referências

- BANCALARI, E.; CLAURE, N.; SOSENKO, I. R. S. Bronchopulmonary dysplasia: Changes in pathogenesis, epidemiology and definition. **Seminars in Neonatology**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 63-71, 2003.
- COALSON, J. J. Pathology of new bronchopulmonary dysplasia. **Seminars in Neonatology**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 73-81, 2003.
- DAIGLE, K.; CLOUTTIER, M. M. Office management of bronchopulmonary dysplasia. **Comprehensive Therapy**, [S.l.], v. 23, n. 10, p. 656-662, 1997.
- EHRENKRANZ, R. A. et al. Validation of the National Institutes of Health consensus definition of bronchopulmonary dysplasia. **Pediatrics**, [S.l.], v. 116, n. 6, p. 1353-1360, 2005.
- FITZGERALD, D. A. Infants with chronic neonatal lung disease: recommendations for the use of home oxygen therapy. A position statement from the Thoracic Society of Australia and New Zealand. **Medical Journal of Australia**, Sydney, v. 189, n. 10, p. 578-582, 2008.
- JOBE, A. H.; BANCALARI, E. Bronchopulmonary dysplasia. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, [S.l.], v. 163, n. 7, p. 1723-1729, 2001.
- LOMBET, J. Prise en charge à domicile de la dysplasie bronchopulmonaire. **Archives de Pédiatrie**, Paris, v. 5, n. 4, p. 442-448, 1998.
- SCHIMIDT, B. Evaluating “old” definitions for new bronchopulmonary dysplasia. **Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 140, n. 5, p. 555-560, 2002.

4 Anemia da prematuridade

Objetivo:

- ▶ Conhecer a etiopatogenia da anemia da prematuridade, seu diagnóstico, prevenção e tratamento.

Introdução

A anemia da prematuridade ocorre por uma queda progressiva da hemoglobina, associada à baixa contagem de reticulócitos e à presença de hipoplasia eritroide na medula óssea (SCHULMAN, 1959; STOCKMAN III; GARCIA; OSKI, 1977).

4.1 Etiologia

São muitos os fatores que contribuem para a alta prevalência da anemia da prematuridade, mas como mecanismos básicos estão a baixa produção de eritrócitos, sua curta vida útil (45 a 50 dias nos RNs < 1000 g), além das perdas sanguíneas frequentes destes RNPT, principalmente os assistidos nas UTIN.

Em RNPT, assim como em outras fases da vida, o que determina o comportamento dos níveis de hematócrito ou de hemoglobina é resultante do balanço entre os fatores que contribuem para a diminuição dos índices hematimétricos e aqueles que promovem o aumento da produção de hemácias ou seja, a produção inadequada de eritropoietina endógena, em resposta à anemia e à menor disponibilidade de oxigênio nos tecidos. Outros fatores são o crescimento rápido do RN pelo aumento da volemia e o predomínio da Hb F no RNPT. A Hb F tem maior afinidade pelo oxigênio do que a Hb A (adulto), resultando em menor liberação destes aos tecidos, o que contribui ainda mais para a morbidade resultante da anemia.

O último trimestre de gestação é decisivo para que as reservas de ferro sejam feitas e caso elas estejam reduzidas, pode haver prejuízo na recuperação da anemia da prematuridade. Esta redução de ferro pode ser aumentada no RNPT devido também às perdas sanguíneas continuadas. Estes fatores somados podem expor o RNPT a uma necessidade maior de hemotransfusão (KOPELMAN et al., 2004).

4.2 Prevenção

É de primordial importância prevenir a anemia da prematuridade e, consequentemente, diminuir a exposição dos RNPT a transfusões de hemácias. Para isso, dispomos de várias estratégias, como:

- » Prevenção da prematuridade.
- » Laqueadura tardia do cordão umbilical.
- » Redução das coletas sanguíneas.
- » Planificação adequada das coletas de sangue.
- » Uso do sangue da placenta para as primeiras análises.
- » Reforço da monitorização não invasiva.

- » Uso de micrométodos para coletas de sangue.
- » Nutrição adequada e suplementação com ferro. Uma nutrição adequada do RNPT em proteínas, calorias, ácido fólico, vitamina B12 e ferro também é importante na prevenção da anemia da prematuridade.
- ▶ A suplementação de vitamina E não parece ser necessária para o tratamento da anemia da prematuridade. No entanto, em função da utilização de doses progressivamente maiores de ferro oral e parenteral, existe o risco potencial de indução de lesões oxidativas.
- ▶ A vitamina E poderia ser utilizada como um fator protetor, embora não existam evidências sobre esta observação.

Alguns estudos demonstraram que uma oferta proteica em torno de 3 a 3,5 mg/kg/dia contribuiria para melhor resposta eritropoiética em RNPT de muito baixo peso (RONNHOLM; SIIMES, 1985). Brown e Shapiro (1996) demonstraram que o aumento da oferta proteica para em torno de 3,1 a 3,5 g/kg/dia melhorava a resposta eritropoiética e o ganho ponderal em pré-termo < 1.250 g com a eritropoiese estimulada por eritropoietina exógena.

Os RNPT alimentados com leite materno devem receber suplemento de ferro (2 a 4 mg/kg/dia) no 1º ano de vida, com início às duas semanas. Caso alimentados com fórmulas enriquecidas em ferro, as necessidades são menores (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1998).

4.3 Tratamento

O objetivo da terapêutica da anemia da prematuridade é evitar que ocorram distúrbios clínicos pela diminuição na oferta tecidual de oxigênio. A indicação terapêutica deve considerar todos os aspectos envolvidos na fisiopatologia da anemia da prematuridade para impedir a diminuição dos índices hematimétricos, bem como para fornecer substrato necessário para a produção de eritrócitos, reservando a utilização de concentrado de hemácias para situações bem definidas.

4.3.1 Indicação de transfusão sanguínea

Infelizmente não existe, até o momento, um indicador seguro que auxilie na avaliação da necessidade de transfusões de hemácias em prematuros.

As transfusões de hemocomponentes apresentam risco de transmissão de infecções como vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV – *human T lymphotropic virus type*), vírus da imunodeficiência humana (HIV – *human immunodeficiency virus*), hepatite C, hepatite B, hepatites A/E e citomegalovírus. Também foram descritas alterações imunológicas, como reações hemolíticas, imunomodulação e reação enxerto-hospedeiro, podendo ainda ocorrer sobrecarga hemodinâmica, hipotermia, hipercalemia e aumento de ferritina sérica.

Alguns estudos mostraram uma associação entre transfusões de hemácias e ocorrência de enterocolite necrosante, 48 horas após a transfusão, em RNPT de muito baixo peso.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012) foram sugeridos critérios restritos de indicações de transfusões de hemácias com base na taxa de hematócrito ou hemoglobina e condições clínicas do recém-nascido. São eles:

- ▶ Hematócrito < 40% ou Hb < 13 g/dL:
 - » Cardiopatia congênita cianótica.
 - » Choque hipovolêmico refratário à expansão de volume.
 - » Insuficiência cardíaca congênita refratária a drogas.
- ▶ Hematócrito < 35% ou Hb < 12 g/dL:
 - » VM com MAP > 8 cmH₂O.
 - » ICC ou choque.
 - » Necessidade de transporte em RN ventilado.
 - » Cirurgias de grande porte.
- ▶ Hematócrito < 30% ou Hb < 10 g/dL:
 - » VM com MAP < 8 cmH₂O.
 - » Halo ou Cpap com FiO₂ > 0,35.
 - » Cirurgias de pequeno/médio porte.
- ▶ Hematócrito < 25% ou Hb < 8 g/dL:
 - » Oxigênio em capuz/hood ou Cpap com FiO₂ < 0,35.
 - » Mais de seis episódios de apneia em 12 horas ou dois em 24 horas, com necessidade ventilação com balão e máscara, sem causa aparente.
 - » FC > 180 bpm ou FR > 80 rpm por 24 horas sem causa aparente.
 - » Ganho de peso < 10 g/dia por quatro dias, com oferta calórica > 100 kcal/kg/dia.
- ▶ Hematócrito < 20% ou Hb < 7 g/dL:
 - » Assintomático com reticulócitos < 100.000 u/mm ou < 2%.

Obs.: as sugestões de transfusão devem ser individualizadas e não baseadas em critérios estritos.

(Hb: hemoglobina; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; VM: ventilação mecânica; MAP: pressão média de vias aéreas; RN: recém-nascido; Cpap: pressão contínua em vias aéreas; FiO₂: fração inspirada de oxigênio; bpm: batimentos por minuto; rpm: respirações por minuto) (OHLS, 2000).

Além da adoção de critérios restritos, é importante planejar a assistência ao RNPT desde o nascimento, com o objetivo de prevenir a anemia e diminuir a necessidade de transfusões de hemácias.

A medida mais efetiva para diminuir a necessidade de transfusões é reduzir a espoliação sanguínea.

4.4 Proposta de protocolo de abordagem da anemia da prematuridade

- ▶ Coletar rotineiramente informações sobre anemia da prematuridade em seu serviço: utilização de concentrado de hemácias, de ferro oral etc.
- ▶ Orientar o obstetra a realizar o clampeamento tardio do cordão nos pacientes prematuros, desde que esteja em boas condições de nascimento, conforme orientações do Programa de Reanimação Neonatal.
- ▶ Minimizar as perdas sanguíneas por coleta de sangue. Estimular a utilização de microtécnicas e monitorização não invasiva como fontes de informações para o manejo dos pacientes. Anotar o volume de sangue coletado dos pacientes de muito baixo peso.
- ▶ Coletar sangue para micro-hematócrito capilar, como controle, quando houver necessidade.
- ▶ Coletar ferritina com 15 dias de vida para verificar *status* de depósitos corporais de ferro. Posteriormente, realizar coletas mensais.
- ▶ Definir protocolo de transfusão de concentrado de hemácias e obediência estrita a ele.
- ▶ Instituir política transfusional de doador único personalizado; utilizar sangue estocado por até 35 a 42 dias para transfusão.
- ▶ Lembrar que, de acordo com a Associação Americana de Bancos de Sangue, pai e mãe não são doadores adequados para RN, especialmente os pré-termo (possibilidade de reação enxerto *versus* hospedeiro).
- ▶ Usar, sempre que possível, filtro de leucócitos para todas as transfusões de concentrados de hemácias nos RNs, com o objetivo de diminuir as possibilidades de aloimunização HLA e a transmissão de CMV.

Referências

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Iron deficiency. In: KLEINMAN, R. E. (Ed.). **Pediatric nutrition handbook**. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 1998. p. 299-312.

BROWN, M. S.; SHAPIRO, H. Effect on protein intake on erythropoiesis during erythropoietin treatment of anemia of prematurity. **The Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 128, n. 4, p. 512-517, 1996.

KOPELMAN, B. I. et al. (Ed.). **Diagnóstico e tratamento em neonatologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.

OHLS, R. K. The use of erythropoietin in neonates. **Clinics in Perinatology**, [S.l.], v. 27, n. 3, p. 681-696, 2000.

RONNHOLM, K. A.; SIIMES, M. A. Hemoglobin concentration depends on protein intake in small preterm infants fed human milk. **Archives of Disease in Childhood**, [S.l.], v. 60, n. 2, p. 99-104, 1985.

SCHULMAN, I. The anemia of prematurity. **The Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 54, p. 663-672, 1959.

STOCKMAN III, J. A.; GARCIA, J. F.; OSKI, F. A. The anemia of prematurity: Factors governing the erythropoietin response. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 269, p. 647-650, 1977.

5 Controle térmico do recém-nascido de baixo peso

Objetivos:

- ▶ Conhecer a fisiologia do controle térmico do RN.
- ▶ Monitorar a temperatura do RNBP.
- ▶ Identificar as situações de risco de hipotermia.
- ▶ Prevenir a hipotermia nas situações de risco.
- ▶ Tratar a hipotermia.

Introdução

A sobrevivência e as morbidades dos RNs estão intimamente ligadas à manutenção da temperatura corporal, principalmente naqueles que são RNBP. Esta labilidade térmica pode resultar em superaquecimento (febre) e/ou esfriamento, sendo que este desequilíbrio na temperatura corporal pode resultar em danos para sua saúde.

São muitas as morbidades relacionadas à hipotermia, como problemas respiratórios, infecções, hipoglicemia, hemorragia peri-intraventricular, dificuldade de ganho de peso, perda de peso, insuficiência renal, enterocolite necrosante, além de estar associada à maior mortalidade neonatal (POMERANCE; MADORE, 1974; LAPTOOK; SALHAB; BHASKAR, 2007; MANCE, 2008; COSTELOE et al., 2000; GLASS; SILVERMAN; SINCLAIR, 1968; ALMEIDA et al., 2014).

Ao nascer, o RNBP pode ser exposto a situações que exigem maior produção de calor, mas sua capacidade de produzi-lo é limitada. São vários os fatores que propiciam esta perda aumentada e diminuição de produção de calor. Entre eles, a área de superfície corporal relativamente grande em relação ao peso, maior volume de água extracelular fazendo com que ele perca calor mais facilmente por evaporação, barreira epidérmica pouco desenvolvida e baixo estoque de gordura marrom. Quanto mais imaturo for o RNPT, maior a perda de água transepidérmica e, conseqüentemente, de calor, sendo que em RNPT menores que 25 semanas esta perda pode ser 15 vezes maior que a do RNT (KNOBEL, 2014). Além disso, o RN de muito baixo peso, por ter o tônus diminuído, apresenta dificuldade de se manter em flexão, aumentando assim a perda de calor (WALLINGFORD et al., 2012). O RN, principalmente o de extremo baixo peso, perde calor ao nascer, durante o transporte e durante os cuidados nas unidades neonatais, portanto as primeiras 24 horas após o nascimento são cruciais para que medidas protetivas sejam instituídas.

O RNBP é particularmente dependente do cuidador, seja por parte da equipe de saúde, seja dos familiares, para promover um ambiente térmico ideal para assegurar não somente sua sobrevivência, como também crescimento e desenvolvimento mais adequados. A despeito de Pierre Budin que, já em 1907, atentou para este problema e das graves repercussões clínicas decorrentes (CHITTY; WYLLIE, 2013), infelizmente, muitos RNs ao redor do mundo ainda apresentam hipotermia. Estudo multicêntrico

nacional encontrou 51% de hipotermia em RN entre 22 e 33 semanas de idade gestacional admitidos em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, utilizando como ponto de corte para hipotermia a temperatura axilar de 36°C. Provavelmente esta frequência seria maior se tivesse sido considerado o corte preconizado pela OMS (menor que 36,5°C) (ALMEIDA et al., 2014).

Estudo mostra que para cada 1°C de queda na temperatura corporal à admissão do RN, há aumento de 28% na mortalidade neonatal (LAPTOOK; SALHAB; BHASKAR, 2007). Importante lembrar-se de que a hipotermia também é frequente em recém-nascidos de países de clima tropical como o Brasil.

A variação da temperatura do RN, de acordo a OMS, tem uma faixa considerada normal, que é de 36,5°C a 37,5°C. Classifica como hipotermia leve de 36°C a 36,4°C, hipotermia moderada de 32°C a 35,9°C, e hipotermia grave menor de 32°C.

5.1 Fisiologia do controle térmico

5.1.1 Centro de regulação térmica

Existem evidências de que recém-nascidos possuem um complexo mecanismo de regulação térmica na área do hipotálamo. Os termorreceptores são estruturas encontradas tanto em órgão internos, como medula espinhal, vísceras abdominais e ao redor dos grandes vasos, como na superfície de toda extensão da pele. Eles são responsáveis por captar informações e enviá-las ao hipotálamo, que vai determinar mudanças que vão aumentar ou reduzir a temperatura do corpo (KNOBEL, 2014).

5.1.2 Produção de calor

Para manter uma temperatura corporal constante, o RN produz calor, como resultado da atividade metabólica. Sendo assim, deve haver um equilíbrio entre a produção endógena de calor e o meio ambiente para que não haja perda de calor e aumento de metabolismo. O organismo, para aumentar a produção de calor, consumirá mais oxigênio e calorias.

Em resposta ao frio, os recém-nascidos a termo, saudáveis, são capazes de produzir calor por meio de tremores ou atividade muscular sem tremores. Entretanto, o principal mecanismo é a liberação de noradrenalina, que estimulará a lipólise da gordura marrom, fonte calórica peculiar do RN, localizada na nuca, região interescapular, mediastino e ao redor dos rins e suprarrenais. No RNPT, esta quantidade de gordura é reduzida (FREER; LYON, 2011) e a termogênese produzida a partir de mecanismo não relacionado a tremores é mediada pela norepinefrina e hormônio estimulante da tireoide (BISSINGER; ANNIBALE, 2010), chamada também de termogênese química ou termogênese não relacionada a tremores (KNOBEL, 2014).

5.1.3 Sudorese

O suor é um dos mecanismos pelo qual o corpo humano perde calor. O RN a termo tem seis vezes mais glândulas sebáceas funcionantes por unidade de pele que o adulto, porém a capacidade de resposta dessas glândulas é apenas de um terço em

relação à resposta do adulto. Os neonatos que nascem abaixo de oito semanas antes do termo não apresentam habilidade para suar; isso é devido menos à imaturidade glandular e mais à imaturidade neurológica (FREER; LYON, 2011). Entretanto, a capacidade de produzir suor amadurece rápido no RNPT após o nascimento: um RN com quatro semanas de idade, com idade gestacional de 30 semanas ao nascer, pode resistir melhor ao calor que um RN de dois dias de vida que, ao nascer, tinha idade gestacional de 34 semanas.

5.1.4 Perda de calor

A transferência de calor para o RN, ou a perda para o meio ambiente, ocorre do interior do corpo para a superfície corporal (gradiente interno) e da superfície corporal para o meio ambiente (gradiente externo). O controle do mecanismo fisiológico pode ser alterado no gradiente interno por mudanças do fluxo sanguíneo da pele. Entretanto, o gradiente externo é puramente físico: podemos prevenir a hipotermia por meio de barreiras que evitem a perda de calor e aquecimento por fontes de calor externas.

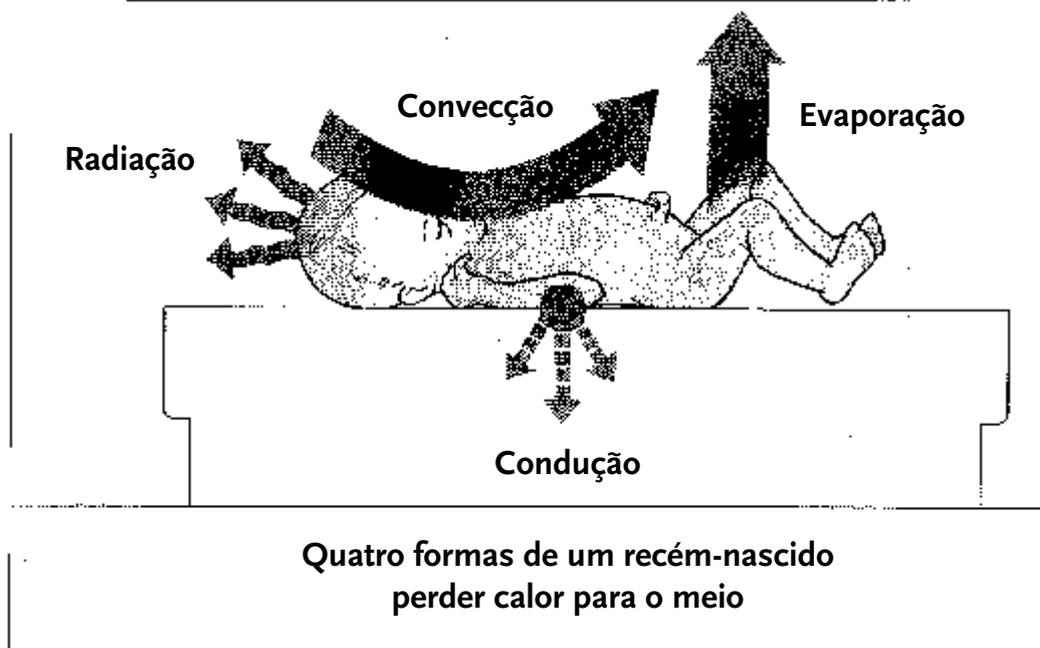
Porém, a grande superfície corporal (AYLOTT, 2006), a inadequada queratinização (aumenta a perda insensível de água) (BISSINGER; ANNIBALE, 2010) e a pequena camada de gordura subcutânea (AYLOTT, 2006), principalmente dos RNPT, aumentam a transferência de calor do gradiente interno.

A transferência de calor da superfície corporal para o meio ambiente envolve quatro componentes: irradiação, condução, convecção e evaporação de água (Figura.1). A transferência é complexa e a contribuição de cada componente depende da temperatura ambiente (ar e paredes), da velocidade do ar e da umidade do ambiente (CAPOBIANCO, 1980; THOMAS, 1994).

A maior perda de calor em RN se dá por irradiação e evaporação (BISSINGER; ANNIBALE, 2010). Porém, em RN menores de 31 semanas de gestação, especialmente na 1ª semana de vida, desnudos, sob calor irradiante e com umidade relativa de ar baixa, a maior perda de calor é devido à evaporação (HAMMARLUND; STOMBERG; SEDIN, 1986). A epiderme hipodesenvolvida e sem queratinização predispõe a maior perda de calor e água por evaporação (BISSINGER; ANNIBALE, 2010).

Ressaltamos que, na presença de gastrosquise, a perda de calor é muito aumentada e está diretamente implicada com o prognóstico (BLAKELOCK et al., 1997).

Figura 1 – Quatro formas de um RN perder calor no ambiente



Fonte: Adaptada de Who: Thermal protection of newborn: a practical guide, 1997.

5.2 Monitorização da temperatura do recém-nascido

A zona térmica neutra do ambiente é aquela variação de temperatura na qual o RN produz calor em quantidade mínima necessária para manter a temperatura corporal na faixa normal (FREER; LYON, 2011). Proporciona ao RN o menor consumo de calorias e oxigênio, portanto menor taxa metabólica, para manter a temperatura estável.

A temperatura do meio ambiente (incubadora/berço) deverá ser acompanhada de outras condições ambientais satisfatórias para se evitar a perda de água transepidermica. A recomendação é que se mantenha a umidade alta dentro da incubadora, reduzindo-se assim a perda insensível e a evaporação (DEGUINES et al., 2012), mas isso poderia aumentar o risco de infecção, hipertermia e atrasar a maturação da pele (HARPIN; RUTTER, 1985).

- ▶ Manter a umidade relativa do ar: quanto mais imaturo o RN, maior será a umidificação do ambiente, acima de 75%.
- ▶ Adaptar a temperatura da incubadora à temperatura ambiente, ao peso e à idade do RN.
- ▶ Ao adequar a temperatura, por outro lado, deve-se levar em conta que o mesmo neonato, quando desnudo, necessita de maior temperatura (0,5°C) do que quando vestido.

Portanto, a temperatura ideal, ou melhor dizendo, o meio ambiente térmico neutro, para os RNs, é extremamente variável, pois, além do peso, da idade gestacional e da idade cronológica, ele depende também das condições clínicas individuais.

A obtenção da temperatura dos RNs tem diferentes técnicas que podem sofrer interferências da temperatura do ambiente, da perfusão periférica e do posicionamento

do termômetro em relação à pele (FREER; LYON, 2011). Medidas de temperatura no reto, axilas ou na pele não refletem exatamente a temperatura central (FREER; LYON, 2011). Não há consenso sobre qual o melhor local e o instrumento para se obter a temperatura dos RNs (EL-RADHI; BARRY, 2006). A temperatura central deveria ser a obtida dentro da artéria pulmonar, e outras áreas que teriam temperatura bem próxima seriam as medidas no esôfago distal, bexiga e nasofaringe (LORIN, 1993; WEBB, 1973), mas isso não seria factível na prática. A temperatura tomada na axila tem sido a mais utilizada em nosso meio.

5.3 Métodos de manutenção da temperatura

5.3.1 Servocontrole e controle da temperatura do ar

As incubadoras mais utilizadas, normalmente, têm dois tipos de controle de temperatura: o servocontrole, que consiste em um sensor colocado na pele abdominal do RN e que mantém a temperatura abdominal constante, e as com controle da temperatura do ar circulante (DÉCIMA et al., 2013).

A utilização do servocontrole proporciona temperatura menos estável do que as incubadoras com controle do ar circulante (CHESSEX; BLOVET; VAUCHER, 1988).

Outros aspectos a serem considerados são a fragilidade técnica do instrumento, o alto custo, mas, principalmente, o fato de mascarar as alterações térmicas precoces decorrentes de infecções.

Estudo recente não encontrou diferença significativa entre os dois modos de controle da temperatura da incubadora quando recém-nascidos com mais de 10 dias de vida foram estudados (DÉCIMA et al., 2013).

5.3.2 Berço com fonte de calor radiante e incubadora

Manter um RN de muito baixo peso em um berço de calor radiante pode ser necessário somente para sua admissão para realização de procedimentos, como cateterismo, monitoramento etc. Enquanto isso, a incubadora vai sendo preparada para que ele seja transferido. No berço de calor radiante, é impossível monitorar a perda ou o ganho de calor, e o único meio de assegurar calor adequado ao RN é a monitorização de sua temperatura com um dispositivo de controle de temperatura adequado. Essas unidades têm suas vantagens, mas tornam difícil o controle da perda de calor por evaporação nos primeiros dias de vida mais críticos dos RN. Nele, não é possível umidificar o ambiente ao redor do RNs, há um aumento da evaporação, principalmente em RN com idade gestacional abaixo de 31 semanas de gestação, na 1ª semana de vida, podendo ocorrer desidratação.

Na incubadora, o RN é aquecido por convecção. Como a temperatura da parede de acrílico não pode ser controlada, sofre as variações de temperatura de acordo com a mudança da temperatura do ambiente da sala. A perda de calor radiante da criança para a parede da incubadora (KNOBEL; HOLDITCH-DAVIS, 2007) é também variável e depende do meio externo.

5.3.3 Método Canguru

A metodologia Canguru tem vários aspectos que contemplam a prevenção da hipotermia, entre eles a posição canguru. A posição canguru ou contato pele a pele pode evitar a perda de calor corporal desde a sala de parto até o pós-alta hospitalar e está associada à manutenção ou ao aumento moderado de calor durante esse posicionamento (BOUNDY et al., 2016). Os resultados de vários estudos têm demonstrado poucas variações fisiológicas: os neonatos em posição canguru não sofrem hipotermia e a manutenção da temperatura corporal é semelhante à obtida em uma incubadora bem controlada, além de propiciar o aleitamento materno em RN em condições de sugar o seio, evitando-se, assim, a hipoglicemia, que pode ser causa ou consequência de hipotermia.

Recente metanálise comparou o cuidado convencional com a posição canguru e achou uma redução de 78% no risco de hipotermia em RN na posição canguru (BOUNDY et al., 2016).

5.4 Situação de risco

5.4.1 Sala de parto e transporte para a unidade neonatal

A primeira hora após o nascimento é chamada por muitos de “*golden hour*” (BISSINGER; ANNIBALE, 2010; SHAREK et al., 2003), pois podemos implementar boas práticas que poderão minimizar o estresse ao qual é submetido o RN. Entre elas está a manutenção da sua estabilidade térmica de modo que ele tenha menor gasto calórico. Infelizmente, a temperatura das salas de parto é, frequentemente, mais adaptada ao conforto da equipe de saúde do que às necessidades dos neonatos.

Ao nascimento, quando o neonato está nu, molhado e parcialmente asfixiado, haverá uma perda abrupta de calor se medidas preventivas não forem tomadas. Um RN, sem roupas após o nascimento, exposto a um ambiente com temperatura de 23°C sofre ações do frio semelhante à de um adulto exposto a 0°C. Porém, isso se torna dramático quando se trata de RN prematuro de muito baixo peso asfixiado.

Atenção especial deve ser dada à temperatura da incubadora de transporte na remoção do RN da sala de parto para a unidade neonatal.

5.5 Prevenção

A perda de calor do RNPT pode ser evitada adotando-se barreiras que previnam a perda de calor e pelo fornecimento de calor a partir de fonte externa (FASTMAN et al., 2014).

A seguir, listamos medidas preventivas contra a perda de calor:

- ▶ Controlar a temperatura da sala de parto de acordo com o *The International Liaison Committee on Resuscitation 2015* entre 23°C e 26°C (PERLMAN et al., 2015).
- ▶ Receber o RN em campos aquecidos.

- ▶ Secar delicadamente o RN e remover os campos úmidos.
- ▶ Prestar os cuidados imediatos ao RNBP, ao RNPT ou ao RNT que não está bem em unidade térmica aquecida.
- ▶ Quando colocado sobre o tórax materno, deixar a superfície da pele em contato com a mãe desnuda, porém cobrir as partes do corpo do RN que não estiverem em contato com a mãe, de acordo com a temperatura ambiente.
- ▶ RNPT abaixo de 34 semanas, não secar e envolver o corpo abaixo do pescoço em saco de polietileno (PERLMAN et al., 2015).
- ▶ Transportar o RN em incubadora de transporte preaquecida.
- ▶ Somente pesar o RNPT caso a temperatura esteja maior que 36°C (RUSSO et al., 2014).
- ▶ Não dar banho no RN logo após o nascimento; em situações especiais, somente após estabilidade térmica (BUENO, 2005) e deve ser acompanhado do contato pele a pele.

5.6 Unidade neonatal

5.6.1 Prevenção

- ▶ Manter o RN na zona térmica neutra de temperatura que propicie o menor consumo de oxigênio e calor, utilizando incubadoras de parede dupla e umidificadas, de preferência acima de 50% (KNOBEL; WIMMER; HOLBERT, 2005).
- ▶ Quando iniciar o contato precoce do RN com a mãe e/ou a família, ficar sempre atento em manter as medidas de manutenção da temperatura neutra.
- ▶ Em unidades com temperaturas ambientais baixas, proteger as regiões desnudas do RN que não estão em contato pele a pele, e/ou durante a amamentação, para evitar, da área exposta, a perda de calor e água, principalmente quando a umidade for baixa (o uso de ar-condicionado diminui a umidade). Usar touca com plástico para diminuir a perda de calor no polo cefálico.

5.7 UCINCa

5.7.1 Prevenção

- ▶ Monitorar a temperatura axilar de todos RNs.
- ▶ Manter uma unidade de reanimação (berço de calor radiante) com material de reanimação na UCINCa.
- ▶ Mesmo nas regiões de temperaturas altas, quando a criança não está na posição canguru, monitorar a temperatura, visto que ela tem grande labilidade no controle da própria temperatura. Ou, caso apresente sudorese na posição canguru, monitorar a temperatura (pode ser sinal de hipertermia).
- ▶ Na UCINCa, mãe e filho ficam em posição canguru pelo tempo que for satisfatório e prazeroso para ambos. Entretanto, no domicílio, essa posição deverá ser continuada para manter a temperatura constante no RN.

- ▶ Não esquecer que, devido à labilidade do controle térmico do RN, este não só pode apresentar hipotermia, mas também hipertermia por superaquecimento. Como a maturidade da produção de suor é precoce, a sudorese em um RN em posição canguru é um sinal de alerta para avaliar superaquecimento.

5.8 Hipotermia

5.8.1 Diagnóstico

A temperatura tomada na axila reflete bem a temperatura corporal interna, devendo ser este procedimento de rotina. Os sinais clínicos da hipotermia são:

- ▶ Palidez com cianose central, sucção débil, resposta diminuída a estímulos, reflexos diminuídos, hipotensão, bradicardia, respiração lenta e irregular, apneia, hipóxia, distensão abdominal ou vômitos. Lembrar-se de que coloração avermelhada da pele não afasta hipotermia.
- ▶ Acidose metabólica, hipoglicemia, choque.
- ▶ Classificação da gravidade: hipotermia leve – temperatura axilar entre 36,4°C a 36°C; hipotermia moderada – temperatura axilar entre 32°C a 35,9°C; e hipotermia grave – temperatura axilar menor que 32°C.

Para confirmar, deve-se medir a temperatura retal.

5.8.2 Tratamento

- ▶ Há controvérsias quanto ao tempo de aquecimento, se rápido ou lento. Estudo atual não achou diferença no aquecimento rápido (maior de 0,5°C/hora quando comparado com menor que 0,5°C/hora) (MORASSUTTI et al., 2015). Monitorar a temperatura a cada 15 minutos. Utilizar incubadora preferencialmente umidificada e de parede dupla ou berço de calor radiante.
- ▶ Evitar/corrigir hipoglicemia (causa ou consequência de hipotermia).
- ▶ Em caso de acidose metabólica, corrigir a causa.
- ▶ Aumentar a F_{iO_2} , se necessário, para manter a p_{aO_2} entre 60 mmHg e 80 mmHg, ou oximetria de pulso normal antes de corrigir a hipotermia e a causa da acidose metabólica.

5.9 Hipertermia

Lembrar-se de que a hipertermia ($T_{AX} > 37,5^\circ\text{C}$) pode causar problemas no RN e deve ser tratada com remoção do excesso de roupas, redução da temperatura da incubadora/berço aquecido e avaliação do uso de antitérmicos. Considerar outras causas, como, por exemplo, presença de infecção.

5.10 Acompanhamento ambulatorial

Informar aos familiares, em linguagem simples, quanto à labilidade térmica do RN, como reconhecer sinais de hipotermia e hipertemia e como evitá-las.

5.11 Observações

1. Acrescentar 1°C de diferença entre a temperatura da incubadora e a da unidade neonatal.
2. Não deixar a incubadora receber irradiação solar, pelo risco de superaquecimento.

Referências

- ALMEIDA, M. F. de. et al. Hypothermia and early neonatal mortality in preterm infants. **Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 164, n. 2, p. 271-275, 2014.
- AYLOTT, M. The neonatal energy triangle Part 2: Thermoregulatory and respiratory adaptation. **Paediatric Nursing**, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 38-42, 2006.
- BISSINGER, R. L.; ANNIBALE, D. J. Thermoregulation in very low-birth-weight infants during the golden hour: results and implications. **Advances in Neonatal Care**, [S.l.], v. 10, n. 5, p. 230-238, 2010.
- BLAKELOCK, R. T. et al. Gastroschisis: Can the morbidity be avoided?. **Pediatric Surgery International**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 276-282, 1997.
- BOUNDY, E. O. et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. **Pediatrics**, [S.l.], v. 137, n. 1, p. e20152238, 2016.
- BUENO, T. M. Repercusión del aseo en la estabilidad térmica del recién nacido de extremado bajo peso durante las primeras dos semanas de vida. **Anales Pediatría**, Barcelona, v. 63, n. 1, p. 5-13, 2005.
- CAPOBIANCO, J. A. Keeping the newborn warm: how to safeguard the infant against life-threatening heat loss. **Nursing**, [S.l.], v. 10, n. 5, p. 64-67, 1980.
- CHESSEX, P.; BLOVET, S.; VAUCHER, J. Environmental control in very low birth weight infants (less than 1000 grams) cared for in double walled incubators. **Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 113, n. 2, p. 373-380, 1988.
- CHITTY, H.; WYLLIE, J. Importance of maintaining the newly born temperature in the normal range from delivery to admission. **Seminars in Fetal e Neonatal Medicine**, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 362-368, 2013.
- COSTELOE, K. et al. The EPICure study: outcomes to discharge from hospital for infants born at the threshold of viability. **Pediatrics**, [S.l.], v. 106, n. 4, p. 659-671, 2000.
- DÉCIMA, P. et al. Does the incubator control mode influence outcomes of low-birth-weight neonates during the first days of life and at hospital discharge?. **Health**, [S.l.], v. 5, n. 8, p. 6-13, 2013.
- DEGUINES, C. et al. Variations in incubator temperature and humidity management: a survey of current practice. **Acta Paediatrica**, [S.l.], v. 101, n. 3, p. 230-235, 2012.
- EL-RADHI, A. S.; BARRY, W. Thermometry in paediatric practice. **Archives of Disease in Childhood**, [S.l.], v. 91, n. 4, p. 351-356, 2006.
- FASTMAN, B. R. et al. Current Perspectives on Temperature Management and Hypothermia in Low Birth Weight Infants. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 50-55, 2014.
- FREER, Y.; LYON, A. Temperature monitoring and control in the newborn baby. **Paediatrics and Child Health**, [S.l.], v. 22, n. 4, p. 127-130, 2011.

- GLASS, L.; SILVERMAN, W. A.; SINCLAIR, J. C. Effects of the thermal environment on cold resistance and growth of small infants after the first week of life. **Pediatrics**, [S.l.], v. 41, n. 6, p. 1033-1046, 1968.
- HAMMARLUND, K.; STOMBERG, B.; SEDIN, G. Heat loss from the skin of preterm and fullterm newborn infants during the first weeks after birth. **Biology of the Neonate**, [S.l.], v. 50, n. 1, p. 1-10, 1986.
- HARPIN, V. A.; RUTTER, N. Humidification of incubators. **Archives of Disease in Childhood**, [S.l.], v. 60, n. 3, p. 219-224, 1985.
- KNOBEL, R. B.; WIMMER, J. E.; HOLBERT, D. Heat Loss Prevention for Preterm Infants in the Delivery Room. **Journal of Perinatology**, [S.l.], v. 25, n. 5, p. 304-308, 2005.
- KNOBEL, R. N. Fetal and Neonatal Thermal Physiology. **Newborn & Infant Nursing Reviews**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 45-49, 2014.
- KNOBEL, R.; HOLDITCH-DAVIS, D. Thermoregulation and Heat Loss Prevention After Birth and During Neonatal Intensive-Care Unit Stabilization of Extremely Low-Birthweight Infants. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, [S.l.], v. 36, n. 3, p. 280-286, 2007.
- LAPTOOK, A. R.; SALHAB, W.; BHASKAR, B. Admission temperature of low birth weight infants: predictors and associated morbidities. **Pediatrics**, [S.l.], v. 119, n. 3, p. e643-e649, 2007.
- LORIN, M. I. Measurement of body temperature. **Seminars in Pediatric Infectious Diseases**, [S.l.], v. 4, p. 4-8, 1993.
- MANCE, M. Keeping infants warm: challenges of hypothermia. **Advances in Neonatal Care**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 6-12, 2008.
- MORASSUTTI, F. R. et al. Association of Rewarming Rate on Neonatal Outcomes in Extremely Low Birth Weight Infants with Hypothermia. **The Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 167, n. 3, p. 557-561, 2015.
- PERLMAN, J. M. et al. Part 7: Neonatal Resuscitation: 2015 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. **Circulation**, [S.l.], v. 132, n. 16, p. S204-S241, 2015. Supplement 1.
- POMERANCE, J. J.; MADORE, C. Effect of temperature on survival of infants with RDS. **Pediatric Research**, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 449, 1974.
- RUSSO, A. et al. Reducing hypothermia in preterm infants following delivery. **Pediatrics**, [S.l.], v. 133, n. 4, p. e1055-e1062, 2014.
- SHAREK, P. J. et al. Evaluation and development of potentially better practices to prevent chronic lung disease and reduce lung injury in neonates. **Pediatrics**, [S.l.], v. 111, n. 4, p. e426-e431, 2003. Part 2.
- THOMAS, K. Thermoregulation in neonates. **Neonatal Network**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 15-22, 1994.
- WALLINGFORD, B. et al. Implementation and Evaluation of “Golden Hour” Practices in Infants Younger Than 33 Weeks’ Gestation. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 86-96, 2012.
- WEBB, G. E. Comparison of oesophageal and tympanic membrane monitoring during cardiopulmonary bypass. **Anesthesia and Analgesia**, [S.l.], v. 52, n. 5, p. 729-733, 1973.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Thermal protection of the newborn: A practical guide**. Geneva, 1997.

6 Nutrição do recém-nascido pré-termo

Objetivo:

- ▶ Apresentar e discutir a nutrição do RN na unidade neonatal e seus fatores de proteção.

Introdução

O nascimento de um recém-nascido pré-termo é uma emergência nutricional. Nossa condução no tópico nutrição terá impacto no desempenho da criança na unidade neonatal e em toda a sua vida. Há relatos de morte por inanição quando há negligência na questão do planejamento do suporte nutricional. Não havendo o óbito, certamente haverá dano permanente ao paciente que não tenha um plano terapêutico adequado (NEWELL, 2000; BARKER, 1995).

É importante atentarmos para algumas características do pré-termo ao planejarmos o suporte nutricional. Eles têm alto metabolismo, afinal estão em formação, têm pouca reserva devido à passagem de gordura ocorrer em maior quantidade no final da gravidez, têm maior necessidade de proteína, que são os “tijolos” da construção dos órgãos e dos tecidos, têm maior perda de água insensível e, por isso, devem ficar em incubadora, de preferência umidificada, e têm peristalse intestinal mais lenta que os recém-nascidos que nascem ao termo, podendo ter dificuldade na progressão da dieta enteral.

As primeiras 4 semanas de vida são fundamentais. São janelas nas quais uma inadequada nutrição pode “programar” o desenvolvimento de doenças na vida adulta. Daí a ideia de *programming* de Barker: períodos críticos da vida fetal e neonatal, nos quais uma injúria ou um déficit pode resultar em dano metabólico permanente. Por isso, o crescimento intrauterino restrito aumenta o risco de doença cardiovascular, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo 2 (FEWTRELL et al., 2000; BARKER et al., 1993).

Outrora, o conhecimento de terapia nutricional do adulto ou da criança maior era transportado para o período neonatal. Com mais estudiosos debruçando-se sobre o período neonatal, a lógica da terapia modificou-se. Agora o objetivo é tentar mimetizar a oferta que o RN estaria recebendo se ainda estivesse no útero ou seja, altas taxas de aminoácido no início da gestação e maior oferta de gordura no início do terceiro trimestre (PREMER; GEORGIEFF, 1999; THUREEN; HAY JUNIOR, 2000).

Além da mudança na lógica de prescrição da terapia nutricional, passando do modelo do adulto/criança maior para a mimetização da vida fetal, outras mudanças permitem uma melhor abordagem nutricional para o RN que nasce antes do termo, tais como menor utilização de corticoide e uso criterioso de aminas vasoativas – substâncias que alteram o metabolismo e o crescimento da criança e que eram rotineiras em unidades neonatais no passado recente.

6.1 Terapia nutricional parenteral

A terapia nutricional parenteral só está indicada quando não podemos utilizar a via enteral ou quando a alíquota programada fica aquém das necessidades do paciente, ou seja, menor que 75% das suas necessidades.

No plano terapêutico da terapia nutricional parenteral, é fundamental verificarmos a cota hídrica do paciente, garantir que haja menor perda insensível da água, fato esse comum em RNPT pela menor queratinização da pele. Assim, é importante colocá-lo o quanto antes em incubadora aquecida umidificada ao invés de unidade de calor radiante. O balanço hídrico deve ser rigoroso.

6.1.1 Aminoácido

Desde o final da década de 1980, não se recomenda mais início lento e incremento paulatino na oferta dos nutrientes. Devemos iniciar precocemente a terapia nutricional, em especial com aminoácido. Assim, nas primeiras horas de vida para o pré-termo de menos de 1.000 g ao nascer, já iniciamos 4 g/kg/dia; entre 1.000 g e 1.500 g, 3,5 g/kg/dia; e para os demais, ao menos 3 g/kg/dia. Seriam as alíquotas que estariam recebendo se estivessem no útero materno, assim temos de imitar essa lógica metabólica (THUREEN et al., 2003; MUGAMBI et al., 2012). A importância de aminoácido é tamanha que, para os de menor peso ao nascer, mesmo durante e logo após procedimentos cirúrgicos, devemos iniciar a infusão de aminoácido.

É possível garantir a oferta de aminoácido logo ao nascimento porque o frasco de aminoácido pode ser acondicionado em ar ambiente e podemos calcular a dose e infundir a volume planejado. Importante frisar que o uso desse produto deve ser feito seguindo critérios rígidos de segurança do paciente e com aval da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) local. O mais rápido possível, a criança deve receber a proteína proveniente da terapia nutricional parenteral completa, preparada em fluxo laminar pelo farmacêutico.

Outro conceito que é diferente no RN que nasce antes do termo é a necessidade de caloria não proteica por grama de aminoácido. Essa questão não é rigorosa porque a lógica metabólica do RNPT é diferente e estamos imitando o que estaria acontecendo no útero. Logo, devemos garantir a oferta de aminoácido a despeito da oferta de glicose e lipídio. Mesmo que parte do aminoácido seja utilizado sob forma de energia, essa é a estratégia.

6.1.2 Glicose

A oferta de glicose é importante e deve ser monitorada cuidadosamente. Outrora, antes do uso precoce de aminoácido, era frequente o difícil controle da glicemia. Como a oferta de aminoácido aumenta a secreção de insulina, a hiperglicemia deixou de ser um evento nos primeiros dias de vida dessas crianças. A glicemia elevada deve ser controlada porque pode causar diurese osmótica e interferir no adequado balanço hídrico do paciente. É interessante manter a glicemia em torno de 60 mg/dl a 120 mg/dl e verificar a presença de glicose na urina.

6.1.3 Lipídio

Na segunda metade da gestação, há aumento da gordura branca e o conceito aumenta 18% a 20% ao termo. A placenta transfere ácidos graxos para síntese do feto e esses ácidos graxos fazem parte da integridade estrutural e funcional das células (POINDEXTER et al., 2006; HAY JUNIOR, 1994). A oferta de lipídio é fundamental para prevenir deficiência de ácido graxo essencial, além de servir como substrato de energia. Caso não haja oferta de lipídio em 72 horas, haverá deficiência de ácido graxo essencial, o qual devemos prescrever no 1º dia de vida. A deficiência pode ser prevenida com quantidades tão pequenas quanto 0,5 a 1,0 g/kg/dia caso haja restrição de volume; não havendo restrição, podemos chegar à oferta de 3 g/kg/dia (MCGOWAN, 1999).

Nas últimas décadas, houve muitos avanços na fabricação de emulsões lipídicas. Sabendo da importância de ômega 3 e 6, as emulsões com óleo de peixe e tocoferol, com maior relação ômega 3: ômega 6, permitem um impacto positivo na célula hepática, redução do risco de retinopatia da prematuridade e melhor efeito antioxidante (TOMSITS et al., 2010; GOULET et al., 2010; CHENG et al., 2011).

O lipídio é um nutriente muito importante, pois tem importância na estrutura celular, efeito antioxidante e protege o endotélio vascular. Contudo, no ambiente neonatal, ele foi cercado de algumas dúvidas que os estudos já dirimiram: a avaliação do aproveitamento da emulsão avaliando o plasma do micro-hematócrito (“lipidocrito”) não tem valor. Sepses e plaquetopenia não contraindicam sua utilização, assim como a hiperbilirrubinemia. Com as novas emulsões, é raro haver colestase. Quando esta ocorre, é por conta da falta de dieta pelo trato gastrointestinal. A insuficiência respiratória também não é contraindicação para a introdução de terapia nutricional com infusão de lipídio (THUREEN; HAY JUNIOR, 2000; PINCHASIK, 2000; HERSON et al., 1989; SPEAR et al., 1990).

Para recém-nascido de extremo baixo peso, a terapia lipídica é vital pela necessidade de ácidos graxos essenciais, principalmente para o desenvolvimento cerebral e vascular. As soluções lipídicas garantem a oferta de ácidos graxos essenciais, apresentam alto valor energético em volume pequeno com baixa osmolaridade, além de reduzir a produção de CO₂ associada ao excesso de glicose (RAMALHO; FLORES; SAUNDERS, 2002).

6.1.4 Eletrólitos

A oferta iônica é parte importante da prescrição hídrica dos pacientes nas unidades neonatais. O sódio e o cloro são íons predominantes no espaço extracelular; o potássio, o fósforo e o magnésio são os eletrólitos presentes no interior das células. O cálcio tem uma solubilidade constante e tem função importante em vários processos fisiológicos, com destaque para a formação óssea. Podemos iniciar cálcio após o 1º dia de vida, de 300 a 400 mg/kg/dia. Em 48 horas, já programamos a oferta de sódio 3 a 5 mEq/kg/dia; potássio 2 a 4 mEq/kg/dia; e magnésio 0,25 a 0,50 mEq/kg/dia. O fósforo é importante para a rigidez óssea e o ideal é que seja oferecido com o cálcio – isso já é possível, porque há fósforo orgânico no mercado –, que permite a infusão

de cálcio e fósforo na mesma solução. Devemos calcular a relação de cálcio elementar e fósforo. A relação ideal varia de 1,7 (75 mg de cálcio e 50 mg de fósforo) a 2,0:1.

É necessário atentar para a osmolaridade da solução em relação ao acesso venoso do paciente e consultar a equipe de farmacêuticos para sanar dúvidas da adequação da solução, volumes, estabilidade e incompatibilidade com outros fármacos.

6.1.5 Vitaminas e oligoelementos

Vitaminas hidrossolúveis:

Funcionam como cofatores enzimáticos e sua utilização depende do suprimento energético e proteico.

- ▶ Vitamina C é um antioxidante importante para o RN pré-termo, que frequentemente está sendo submetido a estresse oxidativo. A dose recomendada varia de 11 a 46 mg/kg/dia.
- ▶ Vitamina B1 (tiamina) é raramente deficiente, mesmo em RN pré-termo. A dose recomendada é 140 a 300 µg/kg/dia.
- ▶ Vitamina B2 (riboflavina) sofre fotodegradação quando o paciente está em fototerapia. A dose recomendada é 200 a 400 µg/kg/dia.
- ▶ Vitamina B6 (piridoxina) é fotossensível e termolábil e a dose recomendada é 45 a 300 µg/kg/dia.
- ▶ Vitamina B12 tem a recomendação de 0,1 a 0,77 µg/kg/dia. As doses podem ser aumentadas em pacientes com ressecção de íleo.
- ▶ Vitamina B3 (niacina): dose de 380 a 5500 µg/kg/dia.
- ▶ Vitamina B7 (biotina): não há relato de deficiência em RNPT, dose recomendada: 1,7 a 16,5 µg/kg/dia.
- ▶ Vitamina B5 (ácido pantotênico), também não há relato de deficiência ou toxicidade, a dose recomendada é de 330 a 2.100 µg/kg/dia.
- ▶ Ácido fólico deve ser ofertado na dose de 35 a 100 µg/kg/dia. No tratamento de anemia, quando há indicação de eritropoietina, a associação de 100 µg/kg/dia de ácido fólico, vitamina B12 e ferro parece melhorar a eritropoiese (SOARES et al., 2015).

Vitaminas lipossolúveis:

A vitamina A está envolvida na regulação e na promoção do crescimento e da diferenciação celular e mantém a integridade do epitélio da árvore respiratória. Também participa da complexa formação de pigmentos visuais e da adequada imunocompetência. O desenvolvimento pulmonar e a integridade do epitélio das vias respiratórias dependem desta vitamina e a sua carência no RNPT foi considerada um fator associado à doença pulmonar crônica, o que levou a rever as doses recomendadas. Ainda há controvérsia sobre a dose adequada e um trabalho mais robusto recomendou a dose de 5.000 UI, três vezes por semana, por quatro semanas. A questão é que a administração é por via intramuscular – com efeitos adversos locais. A solução tem apontado para oferta no pré-natal quando do conhecimento do potencial do nascimento de um pré-termo. Mesmo tendo um papel no desenvolvimento da

doença pulmonar crônica, não há recomendação de doses além das recomendadas para a prevenção de displasia broncopulmonar. A dose entérica recomendada para o RNPT varia de 400 a 1.000 μ /kg/dia.

A vitamina E pode ter sua necessidade aumentada quando aumentamos a oferta de lipídios. Não há evidências que recomendem a administração de vitamina E para RNPT, em doses farmacológicas, na prevenção da displasia broncopulmonar. A dose recomendada é de 2,2 a 11 mg α -TE/kg/dia.

A vitamina K deve ser administrada após o nascimento por via intramuscular (IM) para a profilaxia da doença hemorrágica do RN, na dose de 1 mg se o peso ao nascer for superior a 1.000 g, e entre 0,3 mg a 0,5 mg se for inferior a 1.000 g. Partindo do princípio de que foi feita a administração intramuscular da vitamina K logo após o nascimento, a dose recomendada para o pré-termo varia de 4.4 a 28 μ g/kg/dia.

Vitamina D é um pró-hormônio que se transforma em hormônio biologicamente ativo – 1,25 (OH)₂D, após metabolização nas células renais dos túbulos proximais. Ela atua com paratormônio para a manutenção da homeostase do cálcio e do fósforo. Na colestase, está indicado um suprimento mais elevado de vitamina A: 1.300 a 2.200 UI/kg/dia. A revisão da Academia Americana de Pediatria recomenda, nos primeiros meses de vida, a dose de 800 a 1.000 UI/kg/dia.

Oligoelementos:

São minerais que constituem menos de 0,01% do peso corporal. As suas funções mais conhecidas estão relacionadas com os sistemas enzimáticos (SOARES et al., 2015). Os RNs que nascem antes do termo têm depósitos mínimos de oligoelementos, tendo, assim, predisposição a deficiências.

Ferro

A deficiência de ferro é um risco em pré-termo e ele é muito importante para o neurodesenvolvimento, mas também é um potente pró-oxidante, podendo acarretar liberação de radicais livres. Assim sendo, é importante evitar deficiência e excesso de ferro nos RNPT. A recomendação é de 2 a 3 mg/kg/dia para aqueles com menos de 1.500 g, e 2 mg/kg/dia para os quem têm de 1.500 g a 2.500 g, iniciando entre 2 a 6 semanas de vida.

Zinco

O zinco é essencial para muitas enzimas e tem um papel importante no crescimento e na diferenciação celular. Os recém-nascidos de termo têm reservas hepáticas de zinco suficientes até os dois meses pós-natais, o que não se verifica no pré-termo. Deficiência de zinco interfere no crescimento, aumenta o risco de infecção, pode causar *rash* cutâneo e déficit no neurodesenvolvimento. A dose recomendada é de 1 a 2 mg/kg/dia; no pré-termo com menos de 1.000 g, são por vezes recomendados 3 mg/kg/dia. É importante manter uma relação com o cobre – zinco:cobre de <2:1 – em RN que nascem antes do termo.

Cobre

Cobre é importante para manter o crescimento do RNPT. Há relatos de deficiência de cobre de 5 semanas a 8 meses de vida em RN que recebem terapia nutricional

parenteral sem cobre. O melhor aproveitamento do cobre está atrelado a uma oferta adequada de zinco. A dose recomendada é de 30 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{dia}$.

Selênio

O selênio é parte integrante da enzima antioxidante glutathiona peroxidase, importante na prevenção da formação de radicais livres de oxigênio. Sua deficiência pode provocar alterações ósseas, cardiomiopatia e fragilidade eritrocitária. Dose recomendada: 1,3 a 2 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{dia}$.

Iodo

Ele sofre influência do meio ambiente e da ingestão das grávidas. A recomendação é a dose diária de 250 $\mu\text{g}/\text{dia}$.

6.2 Preparo da terapia nutricional parenteral

Há recomendações do Ministério da Saúde para o preparo e a infusão de soluções parenterais. O ideal é que seja preparada em capela de fluxo laminar pelo farmacêutico, que verifica a estabilidade da solução. Com os novos insumos da indústria farmacêutica já podemos preparar uma bolsa única com cálcio e fósforo. É melhor que seja feita uma única bolsa para 24 horas de infusão com todos os nutrientes e íons juntos. Evitar manipulação com risco de contaminação na unidade neonatal, tal como preparo de hidratação venosa para infundir em Y o aminoácido e o lipídio. O sistema fica fechado por 24 horas, há menor gasto de equipo e protege o endotélio vascular pela presença do lipídio.

A infusão da solução, caso seja etapa única de 24 horas, deve ter a bolsa protegida da luz. Deve-se seguir as boas práticas na prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde no que tange ao manuseio de acesso vascular e infusões. Quanto menos manipulação do dispositivo vascular, melhor. Por isso é interessante a escolha de bolsa única de 24 horas. Verificar a oferta de vitaminas e oligoelementos.

Devemos monitorar clinicamente os pacientes em terapia nutricional parenteral com peso diário, comprimento e perímetro cefálico semanal. Exames laboratoriais com critério para minorar a espoliação sanguínea. Bioquímica básica e hemograma no início da terapia e uma vez por semana avaliação iônica. Demais exames, a depender da evolução do paciente.

6.3 Para lembrar

- ▶ O nascimento de um RNPT é uma emergência nutricional.
- ▶ Iniciar terapia nutricional na primeira hora de vida. Não sendo possível a completa, ao menos iniciar a infusão de aminoácido.
- ▶ Alíquotas de aminoácido de 3,5 a 4 $\text{g}/\text{kg}/\text{dia}$. Quanto menor a idade gestacional, maior a alíquota prescrita.
- ▶ Lipídio: também o máximo possível, mas a prioridade é o aminoácido.
- ▶ Sepses, icterícia, plaquetopenia, insuficiência respiratória: não contraindicam terapia nutricional parenteral.

- ▶ Preferir “tudo em 1”, bolsa única. Não há porque fazer hidratação venosa em Y com aminoácido e lipídio. Importante ofertar cálcio e fósforo ao mesmo tempo para incorporação no osso (já é possível com fósforo orgânico).
- ▶ Seguir as boas práticas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde.

6.4 Terapia nutricional enteral

O trato gastrointestinal (TGI) inicia sua formação por volta da quarta semana de gestação e, a partir da 16ª semana, o feto deglute 150 ml/kg/dia de líquido amniótico contendo proteína, gordura, imunoglobulinas e fatores de crescimento. Isso é fundamental para o término do desenvolvimento do TGI. Quando ocorre o nascimento antes do termo, há interrupção desse processo com risco para distúrbio do desenvolvimento do sistema digestivo.

A ideia do *programming*, da teoria de Barker, fez com que os 1.000 primeiros dias da vida sejam considerados os mais importantes e determinantes da saúde na vida adulta: gestação e os 2 primeiros anos de vida. Já há pesquisadores que valorizam também a nutrição pré-concepção (PALMER, 2011).

Assim, manter o recebimento de nutrientes na luz do TGI será vital para o desenvolvimento do órgão e terá muitos outros benefícios. Aumenta o crescimento da mucosa, a liberação de hormônios, a secreção da mucosa e a atividade da disacaridase, além de acelerar a maturação da atividade motora. Também diminui a permeabilidade da mucosa, a translocação bacteriana, a necessidade de fototerapia, a colestase, a osteopenia e a incidência de enterocolite necrosante (ECN). Por fim, melhora a motilidade intestinal, a tolerância à dieta e o crescimento do recém-nascido. Mesmo volumes pequenos garantem esses benefícios, como a chamada “nutrição trófica” – volume de 20 ml g/kg/dia e incremento no mesmo volume. Publicação da Cochrane Library já sinaliza que, dada a importância da dieta plena, o volume de incremento pode ser de 30 a 35 ml/kg/dia (MORGAN; YOUNG; MCGUIRE, 2014).

A despeito de todas as robustas evidências dos benefícios da dieta precoce, alguns neonatologistas postergam a introdução de alimentação pelo TGI em decorrência de Apgar baixo, mãe hipertensa, centralização, presença de cateter umbilical, apneia, ventilação mecânica, Cpap nasal e uso de drogas vasoativas. A justificativa é o temor da enterocolite necrosante – sendo que ocorre o oposto, a dieta protege da enterocolite (SMITH, 2011; OSTERTAG et al., 1986; NEU; WEISS, 1999). A desnutrição, as baixas concentrações de arginina, glutamina e outros aminoácidos encontrados em RN com enterocolite necrosante são a evidência de que a nutrição é determinante na prevenção dessa doença. Além disso, a incidência de ECN é menor no RN que recebe leite humano.

Assim, o que devemos fazer para diminuir a incidência de ECN é garantir terapia nutricional, iniciar dieta pelo TGI o mais precocemente possível (LANCASTER; DODD; WILLIAMSON, 2004), usando sempre o leite materno. Em situações que impeçam o uso do leite materno, podemos lançar mão de leite humano de banco de leite ou fórmula láctea. Devemos fazer incrementos de dieta de forma paulatina,

bem como controlar infecção relacionada à assistência à saúde, com ênfase na higienização das mãos.

Além de iniciar dieta precocemente, tem sido sugerido a colostroterapia – o leite materno é colocado em cada canto da cavidade oral. O volume depende do peso de nascimento do RN e do volume que se consiga extrair manualmente da mãe. A colostroterapia é mais uma estratégia importante para cobrir a mucosa e proteger de processos infecciosos, além de garantir o desenvolvimento da microbiota e seu papel na imunomodulação.

6.5 Leite materno

No passado houve dúvida de qual dieta iniciar para o RNPT e o temor da **enterocolite necrosante** fez com que fossem utilizados soro glicosado, fórmulas lácteas diluídas e até leite materno diluído. Também houve a sugestão de utilizar fórmula hidrolisada. Contudo, as evidências são muito robustas e não há mais dúvida – o melhor leite para o pré-termo é o leite de sua mãe. O leite da mãe tem proteína de melhor qualidade, lipídio estruturado, componentes enzimáticos que variam de acordo com a idade gestacional, fatores de crescimento, esvaziamento gástrico é mais rápido e acetil-hidrolase-PAF (fator agregador de plaquetas). O PAF está implicado na cascata de inflamação – enterocolite necrosante – e a acetil-hidrolase encontrada no leite materno degrada esse fator. O leite da mãe do pré-termo tem concentração cinco vezes maior que o da mãe do a termo de imunoglobulinas, lactoferrina, lisozima e anticorpos contra os patógenos nosocomiais. Esse efeito é potencializado se a mãe tocar o RN e, na ilha de assistência, entrar em contato com a microbiota, em especial se fizer a posição canguru (pele a pele). Há também substâncias que melhoram o desenvolvimento retiniano e cerebral e são fundamentais na formação da microbiota (microbioma) e consequente imunomodulação (HAMOSH, 2001; DJOUMERSKA-ALEXIEVA et al., 2014; BERSETH, 1992; THUREEN; HAY JUNIOR, 2001; BERSETH, 1995).

Em muitas unidades neonatais, quando o pré-termo apresenta distensão abdominal ou apresenta um pneumoperitônio, pensa-se logo em enterocolite necrosante. Todavia, há outros diagnósticos que devem ser descartados sob pena de abordagem equivocada. É importante conhecer a fisiopatologia das doenças, sua evolução e características. A enterocolite necrosante acontece mais frequentemente após a 2ª semana de vida, mas a “perfuração intestinal focal” – que também acontece mais no pré-termo – acontece mais precocemente. Ambas podem causar pneumoperitônio, mas têm características distintas. A enterocolite apresenta sinais de infecção, pode causar alteração hemodinâmica, sepse – a criança está mais instável, é mais lenta na apresentação. A perfuração focal é súbita – acontece um pneumoperitônio. Na enterocolite necrosante, os primeiros estudos anatomopatológicos de pacientes que faleceram em decorrência da doença mostravam, à microscopia, áreas de asfixia tissular. Isso fez com que muitos achassem que isso seria a causa, por isso a conduta, no passado, de deixar em dieta zero paciente com asfixia perinatal. Estudos posteriores provaram que, na verdade, era consequência da cascata de inflamação na mucosa acometida. Também provaram que a enterocolite necrosante acomete mais

pacientes que tiveram jejum prolongado e que receberam fórmula láctea ao invés de leite materno (NEU; WEISS, 1999; CAPLAN; MACKENDRICK, 1994; DAVID et al., 2008; MOYA et al., 1994).

A terapia nutricional pelo TGI é importante não apenas para a higidez e a formação do aparelho digestivo. Inúmeros estudos apontam a importância em outros sistemas, não apenas pela óbvia necessidade de substrato para o crescimento. Para o **pulmão**, por exemplo, houve um encontro de especialistas que elencaram alguns itens da importância da nutrição para a saúde da criança: a nutrição é o que garante a formação alveolar – anabolismo (DNA/RNA), a má nutrição altera a septação e o desenvolvimento pulmonar, a má nutrição predispõe à fadiga pela alteração da massa muscular –, postergando a retirada da ventilação mecânica. Há inúmeras evidências do papel da nutrição no desenvolvimento de doença pulmonar crônica (WOODRING et al., 1986). Além disso, a nutrição inadequada interfere no crescimento pulmonar e faz com que haja menor habilidade para resistir aos efeitos tóxicos do oxigênio. Recebendo o leite materno, receberá inositol – proteção para lesões oxidativas que causam dano e desenvolvimento de doença pulmonar crônica (LORENZ, 2001; SHAREK et al., 2003).

No **desenvolvimento cognitivo**, as pesquisas também são exuberantes em demonstrar a importância da nutrição na performance dos recém-nascidos, em especial nos que nascem antes do termo. Além da questão do *programming*, que pode imprimir morbidade caso não haja nutrição em períodos críticos, o tipo de alimentação também pode interferir no desempenho das crianças. O leite materno apresenta melhor performance e é dose dependente (LUCAS et al., 1990b; LUCAS et al., 1990a; LUCAS et al., 1992; WAGNER; PUROHIT, 1999; ANDERSON; JOHNSTONE; REMLEY, 1999). O papel do leite materno na questão da cognição teve mais impacto nos RNPT, com benefícios mais evidentes que no recém-nascido a termo. Há também a questão do ômega 3 e 6, que podem ser aumentados caso a mãe faça ingestão de, por exemplo, sardinha – que é rica nessas substâncias (ANDERSON; JOHNSTONE; REMLEY, 1999; BEAINO et al., 2011; GUXENS et al., 2011).

O **controle da infecção** nas unidades neonatais é um item crítico no processo de trabalho. Além do controle da equipe e dos equipamentos, há intervenções que podem ser feitas na abordagem clínica da criança, tudo com o objetivo de minorar o surgimento de infecções relacionadas à assistência à saúde. Um paciente melhor nutrido terá melhor capacidade de resposta contra a agressão infecciosa e, recebendo leite de sua mãe, receberá imunoglobulinas, IgA e anticorpos – itens fundamentais no controle de infecção, evento frequente como causa de óbito na unidade neonatal (SCHLESINGER; UAUY, 1991; GOLDMAN et al., 1994; GAROFALO; GOLDMAN, 1999).

Nas duas últimas décadas, houve maior valorização da **dor** no cotidiano da unidade neonatal. Outrora se achava que o recém-nascido não sentia dor, em especial o pré-termo – pela imaturidade da bainha nervosa. Na verdade, por conta disso, ele sente mais dor pela falta de modulação. Atualmente, há escalas de dor e a equipe tem maior preocupação na detecção de estresse e dor, processos esses que liberam

substâncias de estresse, tais como corticoide e catecolaminas. Pensando nessa questão, o tipo de nutrição também é uma aliada – o leite materno contém beta endorfina, analgésico potente e sua concentração no leite da mãe do pré-termo é maior que no da mãe de a termo, em especial nos primeiros 15 dias de vida após o nascimento (MCCUBBIN, 2009). O leite materno é melhor analgésico que a sucrose em procedimentos cotidianos, como punção de calcanhar (CODIPIETRO; CECCARELLI; PONZONE, 2008), e em procedimentos mais invasivos (GABRIEL et al., 2013).

No **desenvolvimento ocular** e na incidência da retinopatia da prematuridade, o tipo de leite, no caso o leite materno, também tem se evidenciado determinante na incidência e na gravidade (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

Nos últimos anos, o que mais tem sido estudado em relação à nutrição e ao leite materno é seu papel na **imunologia**, por meio da microbiota (microbioma). Embora o sistema imune esteja qualitativamente completo ao nascimento, a exposição durante a infância e ao período neonatal é essencial para a capacidade de responder a insultos (PALMER, 2011). Os anticorpos naturais (NABs), poliespecíficos, são a primeira linha de defesa contra patógenos que ameaçam a homeostase, reconhecem autoantígenos, antígenos externos, promovem defesa específica, sem estímulo externo e previnem reações autoimunes. Eles estão presentes em todas as secreções do corpo, inclusive o leite materno, e selecionam o imunorrepertório e produzem anticorpos para além do período da amamentação. Por isso a baixa incidência de doenças alérgicas, linfomas, doenças autoimunes e outras doenças inflamatórias em quem recebe leite materno. Os NABs contribuem para o estabelecimento de um ambiente com uma seleção fisiológica do repertório e da manutenção do equilíbrio entre sistema imune e anticorpos autoimune e antipatógenos. O leite materno é uma efetiva ponte de comunicação entre o sistema imune maduro da mãe e o sistema em desenvolvimento do recém-nascido. Transfere imunoglobulinas, proteínas, complemento, citocinas e fatores de crescimento. O leite materno é capaz de proteger contra patógenos antes que o RN produza seus anticorpos. A IgA é um desses NABs, anticorpos naturais (DJOUMERSKA-ALEXIRVA et al., 2014).

O leite materno não apenas transfere imunidade, também modula a trajetória e o desenvolvimento do sistema imunológico. Citocinas e quimocinas produzidas e secretadas pelas células epiteliais mamárias são os primeiros imunorreguladores do leite materno. Outros fatores de imunomodulação: ácidos graxos poli-insaturados (Pufa), nucleotídeos, glicoproteína, oligossacarídeo (PALMER, 2011).

As crianças que recebem leite da mãe têm um ambiente intestinal com modulação anti-inflamatória e tolerância induzida (menos alergia), diferenças imunofenotípicas e na população de linfócitos, melhor função imune da mucosa e o timo maior que crianças que recebem fórmula (PALMER, 2011; STEWART et al., 2013).

O sistema imune do leite materno inclui IgA secretória, imunoglobulina G, ácido graxo livre, monoglicerídeo, proteínas como lactoferrina, lactoalbumina, olissacarídeos, citocinas, antioxidantes, macrófagos, neutrófilos e linfócitos. Todos esses constituintes imunológicos do leite interagem com o intestino do RN, direta ou

indiretamente, para aumentar a imunidade contra infecções e também contribuem para a maturação e a eficiência do sistema imune do RN (RISKIN et al., 2011).

Esse complexo mecanismo ainda não está completamente compreendido. Há diferentes situações que promovem alterações nos níveis de constituintes imunológicos do leite humano. Durante a infecção ativa do RN, o número total de leucócitos no leite materno aumenta, em especial macrófagos, e, também, o fator de necrose tumoral (TNFa) (RISKIN et al., 2011).

Os oligossacarídeos funcionam como pré-bióticos e, do ponto de vista quantitativo, é o terceiro componente, sendo a lactose e o lipídio os primeiros. Eles inibem a adesão das bactérias, são fonte de fibra e têm papel de imunomodulação. Criam um ambiente que inibe o crescimento de patógenos (CYSTER; SCHWAB, 2012).

Múltiplos fatores imunomoduladores no leite humano controlam a resposta inflamatória, promovendo efeito protetor adicional. O leite humano não tem apenas importância nutricional, ele modula as defesas e protege de translocação bacteriana, além de preservar a integridade da barreira mucosa (AZZOPARDI et al., 2014).

A composição do colostro, primeiro leite produzido pela mãe e consumido pelo RN quando o intestino é menos maduro, é rica em propriedades imunológicas, tais como IgA, citocinas, interleucina IL6, IL8, IL 10, IL13, fator de necrose tumoral, fatores de crescimento – o que resulta em rápida proliferação de enterócitos, permitindo melhor captação de componentes nutricionais e melhor maturação do intestino (AZZOPARDI et al., 2014; MASTROMARINO et al., 2014). Sua importância é tal que devemos utilizar na colostroterapia – gotas ou 0,5 ml em cada canto da boca. Caso a mãe tenha conseguido volume maior, devemos atapetar a mucosa oral (o que convencionalmente chamamos de colostroterapia) e o restante devemos fazer pela sonda gástrica (dieta enteral).

6.6 Nossa atuação

- ▶ O contato direto com a microbiota materna durante o parto vaginal é importante para atapetar o RN com microbiota saudável. O tipo de parto influencia a composição da microbiota intestinal do RN. A unidade neonatal é formadora de opinião, toda a equipe deve saber e compartilhar o conhecimento da melhor via de parto (MASTROMARINO et al., 2014).
- ▶ O leite materno é o segundo degrau na educação imunológica, provendo vários componentes bioativos que influenciam no crescimento, na modulação e na maturação do sistema imune, na proteção contra patógenos e toxinas, e estabelecendo a microbiota intestinal.
- ▶ A colostroterapia é outra forma de atapetar a mucosa do recém-nascido e pode ser instituída o quanto antes. Pequenos volumes devem ser colocados em cada canto da boca. Caso a mãe consiga extrair manualmente volumes maiores, devemos fazer a colostroterapia e o volume excedente deve ser administrado pela sonda gástrica.

- ▶ A colonização do intestino acontece no momento do parto e o padrão se modifica caso o RN receba leite materno ou fórmula láctea. O RN está suscetível a uma colonização anormal quando há retardo em iniciar dieta, há uso de antimicrobianos e não utilização do leite materno. O leite materno, como já sabemos, possui agentes anti-infecciosos que têm papel na proteção do TGI, respiratório e urinário.
- ▶ Não há fundamento para o temor de iniciar dieta quando há antecedente de centralização de fluxo sanguíneo na dopplerfluxometria, mãe hipertensa, cateter umbilical, ventilação mecânica, utilização de aminas vasoativas. Na verdade, a ausência de dieta é fator de risco para enterocolite necrosante.
- ▶ Imaturidade da motilidade promove supercrescimento bacteriano e reduz a absorção de nutrientes. O pH baixo e a secreção pancreatobiliar, aliada ao uso de bloqueador de histamina utilizado para prevenir úlcera gástrica, aumenta o crescimento bacteriano, predispondo ao aparecimento de enterocolite necrosante.
- ▶ Muitos fatores podem promover um ambiente intestinal hostil, o que predis põe a doenças, tais como: dieta zero, antibiótico de amplo espectro, colonização de microbiota indesejada, atrofia da mucosa por terapia nutricional equivocada. Tudo isso aliado à imaturidade intestinal imprime um risco elevado para o RN pré-termo nas unidades neonatais.
- ▶ O contato pele a pele (posição canguru) permite que o intestino seja atapetado por bactérias da mãe ou pai oferecendo proteção para o RN (STEWART et al., 2013).
- ▶ Garantir todas essas boas práticas é prevenção de dano em neonatologia. Não se admite mais que o conhecimento científico não seja incorporado nas unidades neonatais.

6.7 Perspectivas

- ▶ Método Canguru: atenção humanizada ao RN de baixo peso – e tudo no qual ele se alicerça.
- ▶ Equipe interdisciplinar: apoio à família e às práticas que previnem dano.
- ▶ Banco de Leite: singularizar a oferta, avaliação de qualidade nutricional e microbiológica, integração com a unidade neonatal. O indicador de qualidade deve ser o quanto de leite da própria mãe é ofertado para o RN. Foco no pré-termo, o que mais precisa do leite de sua mãe.
- ▶ Utilização de leite cru exclusivo da mãe para o próprio filho em ambiente neonatal (REDE GLOBAL..., [2017]).
- ▶ Lideranças comprometidas, conhecimento compartilhado.
- ▶ Treinar e mudar conceitos dos profissionais visando as melhores práticas no cuidado ao recém-nascido.
- ▶ Implementar a terapia nutricional e a garantia do leite materno como foco de toda a equipe.
- ▶ Plano ou cuidado terapêutico singular: pensar em como implementar o cuidado para “aquela mãe, aquele RN, aquela família”.

Referências

- ANDERSON, J. W.; JOHNSTONE, B. M.; REMLEY, D. T. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. **American Journal of Clinical Nutrition**, [S.l.], v. 70, n. 4, p. 525-535, 1999.
- AZZOPARDI, D. et al. Effects of hypothermia for perinatal asphyxia on childhood outcomes. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 371, n. 2, p. 140-149, 2014.
- BARKER, D. J. et al. Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life. **The Lancet**, London, v. 341, n. 8850, p. 938-941, 1993.
- _____. Fetal origins of coronary heart disease. **BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)**, London, v. 311, n. 6998, p. 171-174, 1995.
- BEAINO, G. et al. Predictors of the risk of cognitive deficiency in very preterm infants: the EPIPAGE prospective cohort. **Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)**, [S.l.], v. 100, n. 3, p. 370-378, 2011.
- BERSETH, C. L. Effect of early feeding on maturation of the preterm infant's small intestine. **The Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 120, n. 6, 1992.
- _____. Minimal enteral feedings. **Clinics in perinatology**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 195-205, 1995.
- CAPLAN, M. S.; MACKENDRICK, W. Inflammatory mediators and intestinal injury. **Clinics in perinatology**, [S.l.], v. 21, n. 2, p. 235-246, 1994.
- CHENG, A. et al. EXPRESS-Examining Pédiatric Resuscitation Education Using Simulation and Scripting: The Birth of an International Pédiatric Simulation Research Collaborative-From Concept to Reality. **Simulation in Healthcare**, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 34-41, 2011.
- CODIPIETRO, L.; CECCARELLI, M.; PONZONE, A. Breastfeeding or oral sucrose solution in term neonates receiving heel lance: a randomized, controlled trial. **Pediatrics**, [S.l.], v. 122, n. 3, p. e716-e721, 2008.
- CYSTER, J. G.; SCHWAB, S. R. Sphingosine-1-phosphate and lymphocyte egress from lymphoid organs. **Annual review of immunology**, [S.l.], v. 30, p. 69-94, 2012.
- DAVID, V. L. et al. Factors of mortality and morbidity in necrotizing enterocolitis. **Genet. Jurnalul Peditrului**, [S.l.], v. 11, ano 11, n. 41-42, p. 49-53, 2008.
- DJOURMERSKA ALEXIEVA, I. et al. Serum or breast milk immunoglobulins mask the self-reactivity of human natural IgG antibodies. **APMIS: acta pathologica, microbiologica et immunologica scandinavica**, [S.l.], v. 122, n. 4, p. 329-340, 2014.
- FEWTRELL, M. S. et al. Effects of growth during infancy and childhood on bone mineralization and turnover in preterm children aged 8-12 years. **Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)**, [S.l.], v. 89, n. 2, p. 148-153, 2000.
- GABRIEL, M. Á. M. et al. Analgesia with breastfeeding in addition to skin-to-skin contact during heel prick. **Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition**, [S.l.], v. 98, n. 6, p. F499-F503, 2013.
- GAROFALO, R. P.; GOLDMAN, A. S. Expression of functional immunomodulatory and anti-inflammatory factors in human milk. **Clinics in perinatology**, [S.l.], v. 26, n. 2, p. 361-377, 1999.
- GOLDMAN, A. S. et al. Immunologic protection of the premature newborn by human milk. **Seminars in perinatology**, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 459-501, 1994.

- GOULET, O. et al. A New Intravenous Fat Emulsion Containing Soybean Oil, Medium-Chain Triglycerides, Olive Oil, and Fish Oil A Single-Center, Double-Blind Randomized Study on Efficacy and Safety in Pediatric Patients Receiving Home Parenteral Nutrition. **JPEN: journal of parenteral and enteral nutrition**, [S.l.], v. 34, n. 5, p. 485-495, 2010.
- GUXENS, M. et al. Breastfeeding, long-chain polyunsaturated fatty acids in colostrum, and infant mental development. **Pediatrics**, [S.l.], v. 128, n. 4, p. e880-e889, 2011.
- HAMOSH, M. Bioactive factors in human milk. **Pediatric clinics of North America**, [S.l.], v. 48, n. 1, p. 59-86, 2001.
- HAY JUNIOR, W. W. Nutritional requirements of extremely low birthweight infants. **Acta Paediatrica (1992): Supplement**, [S.l.], v. 83, n. s402, p. 94-99, 1994.
- HERSON, V. C. et al. Effects of intravenous fat infusion on neonatal neutrophil and platelet function. **JPEN: journal of parenteral and enteral nutrition**, [S.l.], v. 13, n. 6, p. 620-622, 1989.
- LANCASTER, G. A.; DODD, S.; WILLIAMSON, P. R. Design and analysis of pilot studies: recommendations for good practice. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 307-312, 2004.
- LORENZ, J. M. The outcome of extreme prematurity. **Seminars in perinatology**, [S.l.], v. 25, n. 5, p. 348-359, 2001.
- LUCAS, A. Does early diet program future outcome?. **Acta Paediatrica Scandinavica: Supplementum**, [S.l.], v. 79, n. s365, p. 58-67, 1990a.
- _____. et al. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. **The Lancet**, [S.l.], v. 339, n. 8788, p. 261-264, 1992.
- _____. et al. Early diet in preterm babies and developmental status at 18 months. **The Lancet**, [S.l.], v. 335, n. 8704, p. 1477-1481, 1990b.
- MASTROMARINO, P. et al. Correlation between lactoferrin and beneficial microbiota in breast milk and infant's feces. **Biometals: an international journal on the role of metal ions in biology, biochemistry and medicine**, [S.l.], v. 27, n. 5, p. 1077-1086, 2014.
- MCCUBBIN, J. A. Prenatal maternal stress hormones, risk for hypertension, and the neonatal pain response: Comment on France et al., "Maternal family history of hypertension attenuates neonatal pain response". **Pain**, [S.l.], v. 142, n. 3, p. 173-174, 2009.
- MCGOWAN, J. E. Neonatal hypoglycemia. **NeoReviews**, [S.l.], v. 20, n. 7, p. 6-15, 1999.
- MORGAN, J.; YOUNG, L.; MCGUIRE, W. Slow advancement of enteral feed volumes to prevent necrotising enterocolitis in very low birth weight infants. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], n. 10, p. CD001241, 2015.
- MOYA, F. R. et al. Platelet-activating factor acetylhydrolase in term and preterm human milk: a preliminary report. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 236-239, 1994.
- MUGAMBI, M. N. et al. Synbiotics, probiotics or prebiotics in infant formula for full term infants: a systematic review. **Nutrition Journal**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 81, 2012.
- NASCIMENTO, M. B. R do.; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, p. 163-172, 2004.
- NEU, J.; WEISS, M. D. Necrotizing enterocolitis: pathophysiology and prevention. **JPEN: journal of parenteral and enteral nutrition**, [S.l.], v. 23, n. 5, p. S13-S17, 1999. Supplement.

- NEWELL, S. J. Enteral feeding of the micropremie. **Clinics in Perinatology**, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 221-234, 2000.
- OSTERTAG, S. G. et al. Early enteral feeding does not affect the incidence of necrotizing enterocolitis. **Pediatrics**, [S.l.], v. 77, n. 3, p. 275-280, 1986.
- PALMER, A. C. Nutritionally mediated programming of the developing immune system. **Advances in Nutrition: An International Review Journal**, [S.l.], v. 2, n. 5, p. 377-395, 2011.
- PINCHASIK, D. From TPN to breast feeding-feeding the premature infant-2000: Part I: Parenteral nutrition. **American Journal of Perinatology**, [S.l.], v. 18, n. 2, p. 59-72, 2000.
- POINDEXTER, B. B. et al. Early provision of parenteral amino acids in extremely low birth weight infants: relation to growth and neurodevelopmental outcome. **The Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 148, n. 3, p. 300-305, 2006.
- PREMER, D. M.; GEORGIEFF, M. K. Nutrition for ill neonates. **Pediatrics in Review**, [S.l.], v. 20, n. 9, p. e56-e62, 1999.
- RAMALHO, R. A.; FLORES, H.; SAUNDERS, C. Hipovitaminose A no Brasil: um problema de saúde pública. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 12, n. 2, p. 117-122, 2002.
- REDE GLOBAL DE BANCOS DE LEITE HUMANO (Brasil). **Procedimentos técnicos para ordenha, manipulação e administração do leite humano cru exclusivo da mãe para o próprio filho em ambiente neonatal**. [2017]. Disponível em: <https://rbhl.fiocruz.br/sites/rbhl.fiocruz.br/files/usuario/8/nt_procedimentos_ordenha_manipulacao_leite_cru.pdf>. Acesso em: 7 set. 2017.
- RISKIN, A. et al. Changes in immunomodulatory constituents of human milk in response to active infection in the nursing infant. **Pediatric research**, [S.l.], v. 71, n. 2, p. 220-225, 2011.
- SCHLESINGER, L.; UAUY, R. Nutrition and neonatal immune function. **Seminars in perinatology**, [S.l.], v. 15, n. 6, p. 469-477, 1991.
- SHAREK, P. J. et al. Evaluation and development of potentially better practices to prevent chronic lung disease and reduce lung injury in neonates. **Pediatrics**, [S.l.], v. 111, n. 4, p. e426-e431, 2003. Part 2.
- SMITH, C. In the critically ill, nothing-by-mouth infant, would enteral administration of simulated amniotic fluid improve feeding tolerance compared with the current practice of no therapy? An evidence-based review. **Neonatal Network**, [S.l.], v. 30, n. 2, p. 105-115, 2011.
- SOARES, E. et al. Vitaminas, minerais e oligoelementos por via entérica no recém-nascido: Revisão do Consenso Nacional. **Acta Pediátrica Portuguesa**, [S.l.], v. 46, p. 159-169, 2015.
- SPEAR, M. L. et al. Effect of fat infusions on platelet concentration in premature infants. **JPEN: journal of parenteral and enteral nutrition**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 165-168, 1990.
- STEWART, C. J. et al. Development of the preterm gut microbiome in twins at risk of necrotising enterocolitis and sepsis. **PloS One**, [S.l.], v. 8, n. 8, p. e73465, 2013.
- THUREEN, P. J. et al. Effect of low versus high intravenous amino acid intake on very low birth weight infants in the early neonatal period. **Pediatric Research**, [S.l.], v. 53, n. 1, p. 24-32, 2003.
- _____; HAY JUNIOR, W. W. Early aggressive nutrition in preterm infants. **Seminars in Neonatology**, [S.l.], v. 6, n. 5, p. 403-15, 2001.
- _____; _____. Intravenous nutrition and postnatal growth of the micropremie. **Clinics in Perinatology**, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 197-219, 2000.

TOMSITS, E. et al. Safety and efficacy of a lipid emulsion containing a mixture of soybean oil, medium-chain triglycerides, olive oil, and fish oil: a randomised, double-blind clinical trial in premature infants requiring parenteral nutrition. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, [S.l.], v. 51, n. 4, p. 514-521, 2010.

WAGNER, C. L.; PUROHIT, D. M. Clinical aspects of human milk and lactation-Preface. **Clinics in perinatology**, Philadelphia, v. 26, n. 2, p. 11-14, 1999.

WOODRING, J. H. et al. Update: the radiographic features of pulmonary tuberculosis. **American Journal of Roentgenology and Radium Therapy**, [S.l.], v. 146, n. 3, p. 497-506, 1986.

7 Aleitamento materno



Objetivo:

- ▶ Apresentar peculiaridades da amamentação do recém-nascido pré-termo e de baixo peso na perspectiva de garantir o aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar.

Introdução

A alimentação dos RNs pré-termo e de baixo peso é um processo complexo que envolve aspectos físicos, neurológicos, cognitivos e emocionais, o que implica não só a difícil tarefa de adequação de nutrientes que interferirão na sobrevivência da criança, mas também o processo de interação social e formação do apego, envolvendo a família e a equipe de saúde.

O trabalho realizado com a família visa à sua participação ativa durante todo o período de internação do RN, tendo como objetivo principal da equipe propiciar condições facilitadoras para a formação do vínculo família-bebê e família-equipe de saúde. A amamentação tem início muito antes de o neonato ter condições de mamar diretamente no peito. O processo inicia-se no acolhimento da família dentro da UTI neonatal, propiciando condições facilitadoras para a mãe permanecer junto ao recém-nascido e iniciar o contato pele a pele precoce, os cuidados com o filho, a extração manual de seu leite e a alimentação do recém-nascido. Dessa forma, a segurança para cuidar do seu filho e o vínculo mãe-bebê vão se fortalecendo, contribuindo para o estabelecimento e o progresso da amamentação. É importante que toda a equipe trabalhe integrada em prol da amamentação.

Nesse sentido, o Método Canguru é uma estratégia de promoção do aleitamento materno entre os RNPT (VENANCIO; ALMEIDA, 2004; LAMY FILHO et al., 2008).

Na situação de drogadição, a amamentação não deve ser suspensa como regra. A equipe neonatal deve ser consultada em relação à contraindicação e atentar para aspectos de farmacodinâmica e de farmacocinética, especialmente em relação à passagem para o leite materno e o tempo de meia-vida, de modo a ter uma conduta individualizada e mais adequada.

7.1 Fisiologia da lactação

O processo de produção láctea ocorre em dois períodos distintos, incluindo o estágio de secreção do leite efetuado dentro do lúmen alveolar e o estágio de propulsão ou ejeção, pelo qual o leite passa ao longo do sistema tubular, ou condutos.

O estímulo da sucção gera um impulso sensorial que é transmitido até a adeno-hipófise, provocando a liberação de prolactina.

Apenas a sucção não consegue retirar o leite produzido, é necessário que haja a ejeção láctea para a liberação suficiente de leite. Esse processo é o resultado de uma combinação de reflexos neurogênicos e hormonais envolvendo a ocitocina e denominado reflexo de ejeção ou de descida do leite. A sucção ao seio gera impulsos que atingem a neuro-hipófise fazendo com que a ocitocina seja produzida e liberada para corrente sanguínea. Chegando à glândula mamária, a ocitocina provoca a contração das células mioepiteliais que circundam os alvéolos, o que faz com que o leite seja lançado para fora dos alvéolos e dos pequenos ductos para os grandes ductos.

O sistema nervoso central pode ser condicionado a responder à visão ou ao choro do lactente. Impulsos corticais, como, por exemplo, estímulos auditivos, visuais ou mentais (ouvir o choro da criança, pensar ou ver o recém-nascido), podem despertar a liberação de ocitocina por meio de estímulos exteroceptivos, produzindo a ejeção do leite sem o estímulo da sucção. O reflexo ejeto-lacteo pode ser inibido por tensões emocionais, como estresse, temor, ansiedade, confusão, constrangimento, e também pelo uso de álcool ou fumo (nicotina).

Caso a mãe não se sinta acolhida pela equipe de cuidadores, ela poderá ter insuficiente produção de ocitocina e, conseqüentemente, problemas na ejeção do leite.

Para a efetivação da amamentação em um RNPT, é essencial o estabelecimento e a manutenção da produção láctea. Dessa forma, é importante que a mãe inicie a extração manual da mama nas primeiras horas após o nascimento, que mantenha uma frequência dessa prática de pelo menos seis vezes/dia e que utilize uma adequada técnica de extração do leite, seja por extração manual ou com auxílio de bomba de extração. A equipe que atende as mães de prematuros tem de ser capacitada para estimular, orientar, acolher e auxiliar essas mulheres a realizar a extração manual do seu leite.

O contato pele a pele e seus inúmeros benefícios são hoje apontados não apenas como facilitadores do vínculo e da segurança familiar, mas, também, como estratégia de promoção da amamentação, em especial para o grupo que mais se beneficia dela: o RNPT.

É necessário, também, informar à mãe sobre a importância do leite posterior, rico em gordura, mais calórico, orientando-a sobre como atingir esse objetivo.

7.2 Banco de Leite Humano

Os Bancos de Leite Humano (BLH) no Brasil têm se configurado como um dos mais importantes elementos estratégicos da política pública em favor da amamentação.

O Banco de Leite Humano é um serviço especializado vinculado a um hospital de atenção materna e/ou infantil. Tem como função desenvolver atividades de assistência e apoio à amamentação, promovendo, protegendo e apoiando o aleitamento materno, individual ou em grupos; salientando as vantagens e a importância da amamentação para a nutriz, a criança, a família, a sociedade e o meio ambiente; orientando a continuidade da lactação, mesmo por impossibilidade por motivos de doença ou trabalho, prevenindo e tratando precocemente intercorrências mamárias para evitar complicações.

É especializado em processamento, controle de qualidade do leite humano, garantindo um produto final seguro do ponto de vista microbiológico e adequado do ponto de vista nutricional.

Uma das principais prioridades dos BLH no Brasil é atender os RNs pré-termo e os RNs de baixo peso internados em unidades hospitalares que necessitam de maior cuidado com a sua nutrição, responsável tanto pela sobrevivência imediata como pelo crescimento e o desenvolvimento a médio e a longo prazos (MATTAR, 2003).

Em muitos casos, devido à dificuldade inicial de sucção dos recém-nascidos, as mães têm dificuldades na manutenção da produção láctea, sendo necessária, inicialmente, a complementação com leite pasteurizado, do Banco de Leite, para complementar a dieta prescrita (MATTAR, 2003).

A equipe da unidade neonatal e a equipe do Banco de Leite atuam conjuntamente, unindo forças para garantir:

- ▶ Suporte à família na fase de internação do RNBP na unidade neonatal para que a mãe possa ver, tocar e acariciar o recém-nascido sempre que estiver presente no hospital.
- ▶ Orientações precoces sobre a técnica da extração manual, para que ela seja iniciada tão logo a mãe esteja restabelecida do parto e em condições de iniciar a retirada de leite.
- ▶ Acompanhamento diário da extração do leite por profissionais da equipe da unidade neonatal e/ou do banco de leite.
- ▶ Permanência da mãe no hospital para acompanhar o filho na fase crítica da internação na UTI neonatal.

7.3 Técnica de extração manual do leite

- ▶ Iniciar fazendo massagem suave e circular nas mamas.
- ▶ Massagelar as mamas com as polpas dos dedos, começando na aréola (parte escura da mama) de forma circular, e depois toda a mama, mantendo os movimentos circulares.
- ▶ Para extrair manualmente o leite, colocar o polegar acima da linha onde acaba a aréola e os dedos indicador e médio abaixo dela.
- ▶ Firmar os dedos e empurrar para trás em direção ao corpo.
- ▶ Comprimir suavemente o polegar contra os outros dedos, com cuidado, repetindo esse movimento várias vezes até o leite começar a sair. Não deslizar os dedos sobre a pele. Apertar e soltar, apertar e soltar muitas vezes.
- ▶ Desprezar os primeiros jatos ou gotas e iniciar a coleta no frasco.

7.4 Transição para via oral

Por características próprias da prematuridade, o RNPT, inicialmente, não consegue alimentar-se por meio da sucção, sendo necessária a utilização da gavagem. Após melhora clínica e estabelecimento da coordenação sucção-deglutição-respiração, faz-se necessário iniciar a transição da gavagem para a amamentação ao seio.

A seguinte técnica é útil nessa transição:

7.4.1 Translactação

É especialmente útil na transição da alimentação por gavagem para sucção ao seio, em RN pré-termo de muito baixo peso (LIMA, 2000).

Procedimento e manuseio:

- ▶ Auxiliar a mãe a se posicionar de forma adequada, observando sempre se ela está confortável, com apoio nas costas e nos pés.
- ▶ Fixar uma seringa de 10 ml ou 20 ml, sem o êmbolo, com fita adesiva na roupa da mãe, na altura do peito – lado oposto do qual será colocado o RN.
- ▶ Acoplar uma sonda gástrica nº 4 na seringa.
- ▶ Observar o posicionamento do recém-nascido para amamentação e auxiliar, se necessário. Este deverá estar com a cabeça e o tronco apoiados a mais ou menos 45°, devendo permanecer com a sua barriga voltada para o corpo da mãe, de frente para a mama. Outras posições para amamentação poderão ser escolhidas de acordo com a necessidade de cada binômio.
- ▶ Após constatar que o RN abocanhou corretamente a mama, introduzir delicadamente a extremidade (com furos) da sonda na boca do recém-nascido, na região central do lábio superior. Caso este procedimento não seja possível, acoplar previamente a extremidade da sonda sobre o mamilo, fixado no final da aréola, de modo que o RN abocanhe a sonda juntamente à mama.
- ▶ Colocar o leite materno, previamente extraído, ou o leite humano pasteurizado de banco de leite na seringa, sem o êmbolo. A criança, ao sugar,

retirá o leite do peito ao mesmo tempo em que receberá o leite que flui da seringa, lentamente.

- ▶ Fechar a sonda, dobrando-a, quando o recém-nascido fizer as pausas para descanso. Ao retomar a sucção, a sonda deve ser liberada.
- ▶ O volume da complementação diminuirá de acordo com a aceitação e o ganho de peso.
- ▶ Aumentos progressivos de peso e a boa observação da díade mãe-bebê indicarão avanços ou pausas no processo de transição.

Na técnica apresentada é necessário que as mamadas, inicialmente, sejam sempre supervisionadas por profissionais experientes em avaliação da mamada, atendo-se aos sinais de desorganização e estresse. O RNPTBP, no início do processo de amamentação, pode apresentar alguns sinais de desorganização; porém, caso apresente sinais de estresse – tais como alterações respiratórias, diminuição da saturação, cianose, aumento da frequência cardíaca, hipotonia, desorganização global, tremores de língua e mandíbula, entre outros –, a mamada deve ser interrompida.

7.5 Como alimentar o recém-nascido pré-termo no peito

7.5.1 A mamada

Para uma mulher amamentar seu filho, é preciso:

- ▶ Uma mama que produza leite.
- ▶ Ejeção adequada do leite.
- ▶ Um recém-nascido que sugue o peito.

Portanto, deve-se estar alerta ao preparo adequado da mama, considerando-se haver um obstáculo real à amamentação, que é um RNPT, hipotônico, com reflexos débeis e estados comportamentais pouco facilitadores a uma adequada sucção.

Em relação à mama, ainda que ela tenha sido preparada desde os primeiros dias após o nascimento e que esteja sendo extraído seu leite adequadamente, com produção láctea satisfatória, nesse momento o processo será direto da mama à boca, com mecanismos de produção e retirada do leite mais fisiológicos, porém desconhecidos da mãe, que pode dominar a técnica da extração manual, mas que pode não está preparada para amamentar.

Integrando a equipe que atua no Método Canguru, o fonoaudiólogo, quando disponível, pode contribuir muito para o estabelecimento de uma mamada efetiva, atuando diretamente frente às dificuldades orais do prematuro, mediante avaliação motora oral e intervenção, para reverter padrões funcionais possíveis de serem modificados, evitando-se o desmame precoce.

7.5.2 Observações importantes

Dependendo da capacidade do recém-nascido, pode-se proceder à amamentação da maneira tradicional ou após a extração manual do leite anterior, hipocalórico, que

pode ser oferecido após a sucção ao seio do leite posterior, não havendo necessidade de pasteurização.

Antes de a mãe iniciar a mamada, é necessário que ela desperte o RN com pequenos estímulos, como atritar suavemente a face ou as plantas dos pés, colocá-lo em decúbito ventral apoiado em seu antebraço e fazer movimentos suaves de cima para baixo, tentando acordá-lo. Pode ser útil, também, fazer rápidos toques com o dedo indicador ao redor da boca da criança, estimulando o reflexo de busca.

7.5.3 Reflexo de busca

Lembrar que o reflexo de busca é:

- ▶ Lento e imperfeito, com 30 semanas.
- ▶ Rápido e incompleto, com 32 semanas.
- ▶ Rápido, completo e duradouro, com 34 semanas.

É importante salientar que a função deste reflexo, também chamado de procura, é ajudar a criança a abocanhar a mama e efetuar uma pega adequada.

No recém-nascido pré-termo ou de baixo peso, geralmente o desencadeamento do reflexo é mais lento. Por isso, também pode ser útil a estimulação com toques com o dedo indicador ou com o próprio mamilo na parte medial do lábio inferior ou no canto dos lábios.

Ao colocar a criança ao peito, a mãe deve estar sentada comodamente em uma cadeira sem braços, com as espáduas retas e o colo, os ombros e os braços relaxados. Ver-se refletida em um espelho frontal pode ajudar a auxiliar na correção de eventuais desvios da postura corporal.

Qualquer que seja a posição escolhida, é importante assegurar que a pega esteja adequada, com o RN bem apoiado, com a boca abocanhando a maior porção possível da aréola. É essencial que a mamada seja observada pelo profissional de saúde, corrigindo pega e posição quando necessário.

7.5.4 Pega/sucção

Na pega adequada, a boca do neonato deve estar suficientemente aberta, abocanhando a maior porção possível da aréola, com o lábio superior virado para cima e o inferior para fora. Algumas vezes as sucções do pré-termo são lentas e profundas, seguindo a sequência sucção, deglutição, respiração e pausa. Outras vezes, podem ocorrer várias sucções sem pausa para a deglutição, de modo desorganizado, sendo necessário um treino oral para que o pequeno recém-nascido aprenda a organizar as funções de sucção/deglutição e respiração.

7.5.5 Posição

A mãe deve estar sentada de forma relaxada e confortável. Na postura clássica, o RNPT fica de frente para a mãe, corpo com corpo, com o queixo encostado na mama. Uma linha reta deverá estar passando pelas orelhas, acrômio e espinhas ilíacas. O

corpo deve estar seguro até, pelo menos, a região glútea. Outras posturas podem beneficiar o recém-nascido.

Em qualquer posição adotada, ressalta-se que o RN deve estar bem contido, com suporte de tronco e cabeça. Para uma pega adequada, a boca deve ser posicionada na altura do mamilo. Uma variação da posição tradicional pode ser realizada modificando o braço de sustentação da criança, visando ao melhor apoio (tradicional invertida).

Posição jogador de futebol americano ou invertida

Nesta posição, o corpo da criança fica apoiado lateralmente pelo braço materno abaixo da axila e a mão do mesmo lado apoiando a cabeça, mantendo o padrão de flexão entre o corpo e a cabeça. Deve-se tomar cuidado para não empurrar a cabeça da criança, apenas apoiá-la.



Posição de cavaleiro

Nesta posição, o recém-nascido fica sentado “de cavalinho”, apoiado na perna da mãe. A cabeça e o tronco são apoiados com a mão da mãe em forma de “C”. *Atenção:* verificar sempre se a boca do RN está na altura do mamilo. Em alguns casos, é necessário um apoio sobre a perna da mãe, para que a boca da criança atinja a altura do mamilo.

7.6 Técnicas para facilitar a sucção e a deglutição

Muitas mães de RNPT conseguem amamentar sem dificuldades; outras não. Existem técnicas e táticas especiais que podem facilitar a amamentação.

7.6.1 Técnicas para estimular a sucção

- ▶ Posição de jogador de futebol americano – duplo C.
- ▶ Estímulo com gotas de leite: extrair manualmente um pouco de leite antes do encaixe do recém-nascido no peito e deixar que ele sinta o cheiro e o gosto desse leite, com o objetivo de estimular os reflexos orais.
- ▶ Estímulo com dedo intraoral, por meio de sucção digital (realizado com o dedo enluvado intraoral) que pode ser feito pelo profissional de saúde treinado.
- ▶ A chupeta só deve ser indicada, em comum acordo entre os membros da equipe interdisciplinar, como um procedimento não farmacológico para o alívio da dor e do estresse no período de internação nas unidades neonatais. A presença da mãe deve ser estimulada, lembrando que seu colo e seu dedo mínimo podem satisfazer a necessidade de sucção não nutritiva.

7.6.2 Técnicas para favorecer a deglutição

- ▶ Posição de jogador de futebol americano – duplo C.
- ▶ Compressão rítmica das mamas.
- ▶ Reflexo de Santmyer (acima de 33 semanas): um leve sopro sobre a face do recém-nascido desencadeia uma salva de três deglutições extras.

7.6.3 Técnica do duplo C

O primeiro C, formado pelo polegar e pelo indicador, sustenta o pescoço do recém-nascido; o segundo C expõe a região mamilo-areolar. Em seguida, deve-se trazer a criança à mama. Fazer compressões rítmicas da mama para facilitar seu melhor esvaziamento. Uma boa forma de a mãe participar da avaliação da sucção é contar as sucções que o RN faz entre as pausas. Após uma pausa mais prolongada, a mãe poderá saber se a criança está satisfeita, estimulando-a com o reflexo de busca, antes de colocá-la na posição canguru. Não colocar a criança na posição horizontal, nem para troca de fraldas, nos próximos 15 a 30 minutos.

7.7 Disfunções orais

A participação efetiva do fonoaudiólogo enriquece o trabalho da equipe, principalmente nos casos de dificuldades orais na amamentação. Alguns RNPT apresentam alteração na coordenação dos reflexos orais, denominadas **disfunções orais** (SANCHES, 2004), necessitando de alguns dias de prática para desenvolver um padrão mais organizado. Essa disfunção oral pode alterar as condições da pega e da retirada do leite pelo neonato em fase de aprendizagem, levando a uma mamada insatisfatória e, conseqüentemente, ao baixo ganho de peso.

Frequentemente, são encontrados os seguintes padrões de disfunção oral nos RNBP:

- ▶ **Reflexo de procura e sucção débeis:** antes da mamada, os reflexos mostram-se pouco ativos, irregulares, com força diminuída.
 - » *Manobra de facilitação:* inicialmente, estimular suavemente o reflexo de procura, tocando os lábios da criança, principalmente o inferior, e as bochechas. Mediante a resposta de procura do recém-nascido, estimular o reflexo de sucção, três a quatro vezes, antes da mamada. Em paralelo, extrair manualmente um pouco de leite da mama e colocar o RN no peito quando o reflexo de ejeção do leite já estiver ativado. Repetir a operação várias vezes, até que a sucção se fortaleça.
- ▶ **Padrão mordedor:** ocorre quando a mandíbula realiza movimentos repetitivos de cima para baixo, causando a abertura e o fechamento da boca, podendo levar ao contato traumático das gengivas contra o mamilo. Um dos fatores que propicia o padrão mordedor é alimentação do RN com seringa, técnica atualmente desencorajada.
 - » *Manobra de facilitação:* inicialmente, estimular o reflexo de procura do recém-nascido várias vezes e facilitar o encaixe adequado ao peito. Durante a mamada, dar contenção à mandíbula, apoiando-a delicadamente, com o dedo indicador ou médio, reforçando a abertura da boca da criança e facilitando a projeção da língua na sucção.
- ▶ **Tensão oral excessiva/pouca abertura de boca:** um aumento do tônus da musculatura perioral dificulta a abertura ampla e correta da boca, bem como a sua manutenção durante a mamada.
 - » *Manobra de facilitação:* estimular várias vezes o reflexo de procura do recém-nascido antes de colocá-lo no peito, até observar que ele realiza uma abertura ampla da boca e que a musculatura perioral ceda à tensão excessiva. Só então permitir que o RN faça a pega corretamente. Caso o padrão inadequado persista, realizar a manobra citada no padrão mordedor.

Nesses casos, sempre que possível, é importante a avaliação e o seguimento por um fonoaudiólogo, que poderá desenvolver um programa de intervenção oral e acompanhamento das mães/bebês (dificilmente uma manobra de facilitação resolverá o problema), conjuntamente ao atendimento pediátrico, com orientações individualizadas para resolução dos problemas específicos de cada caso.

Quando a amamentação não for possível, após intervenção fonoaudiológica e investimento da equipe, esgotadas todas as técnicas possíveis, a melhor conduta para a alimentação da criança deverá ser definida pelos membros da equipe, após discussão de caso, considerando-se histórico familiar, hipótese diagnóstica, condições clínicas e do funcionamento oral, além da evolução do caso.

Referências

- LAMY FILHO, F. et al. Avaliação dos resultados neonatais do Método Canguru no Brasil. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 84, n. 5, p. 428-435, set./out. 2008.
- LIMA, G. M. S. Métodos especiais de alimentação: copinho – relactação – translactação. In: REGO, J. D. *Aleitamento materno*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 265-278.

MATTAR, M. J. G. Atuação do Banco de Leite humano na humanização da assistência neonatal. In: MATTAR, M. J. G.; MARIANI NETO, C. **Banco de Leite Humano: 15 anos de funcionamento com qualidade**. São Paulo: SES/SP, 2003.

SANCHES, M. T. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S155-S162, nov. 2004. Suplemento.

VENANCIO, S. I.; ALMEIDA, H. de. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S173-S180, nov. 2004. Suplemento.



Proteção do desenvolvimento na unidade neonatal – conceitos e intervenções

Módulo 5



1 Desenvolvimento e comportamento do recém-nascido na unidade neonatal

Objetivos:

- ▶ Entender os processos que ocorrem no sistema nervoso central (SNC) do RNPT/BP, durante o período de internação na unidade neonatal.
- ▶ Conhecer as habilidades e as competências dos RNPT/BP, em seus diferentes níveis de desenvolvimento, durante sua permanência na unidade neonatal, para avaliar suas necessidades e determinar seus cuidados a partir do Projeto de Cuidado Singular.
- ▶ Apresentar fatores de agravo e de proteção a partir dos cuidados na unidade neonatal e o risco de alterações precoces nas crianças.

Introdução

Nas décadas de 60 e 70, pesquisas, observações e a compreensão sobre o recém-nascido tiveram seu maior avanço. Foram inúmeros os pediatras, psiquiatras infantis, psicólogos do desenvolvimento que se dedicaram à observação de seu comportamento e relataram competências e habilidades da criança imediatamente após seu nascimento. Isso deu origem a questionamentos sobre o que acontece na vida fetal, período que se antecede ao nascimento e é responsável pelas primeiras e remotas aquisições, bases estruturantes destes comportamentos.

Uma intensa motivação surgiu em relação às UTIs neonatais que estavam crescendo em estudos e descobertas, permitindo que um contingente cada vez maior de crianças que nasciam de forma antecipada, sobrevivesse. Com o aumento do número de RNPT, sendo extremo ou não, abriu-se um campo de observação sobre fatores de agravo e de proteção ao seu SNC, neste período evolutivo. A compreensão de que não são mais fetos, pois nasceram, mas que também não podem ser observados como recém-nascidos a termo, passou a solicitar que se pensasse sobre novos períodos evolutivos.

Isso descortinou um novo cenário para as equipes de cuidados neonatais quanto ao que ocorre com estes RNs tão pequenos, que muitas vezes cabem na palma de uma mão. As repercussões fisiológicas, as intercorrências relacionadas ao desenvolvimento de seu SNC, o risco de sequelas exigiram a compreensão cada vez mais sofisticada do funcionamento dos diferentes sistemas de seu corpo, e questões como formação e estruturação do cérebro, respiração, controle térmico, pele, passaram a ser objeto de grandes estudos e de grandes inserções de intervenções e estratégias de cuidado. Algumas questões ainda se encontram em aberto, pois os estudos sobre este momento evolutivo encontram aspectos éticos muito definidos.

Além destas preocupações com o corpo do recém-nascido, o ambiente que lhe oferecemos nas unidades neonatais, especialmente durante o cuidado intensivo, passou a ser considerado da maior importância para seu cuidado. Ele diverge muito daquele que as crianças desejariam para seguir seu lento, mas intenso processo de crescer

e desenvolver. Os manuseios e manejos que lhe são dirigidos também oferecem um *input* ainda difícil de ser avaliado adequadamente. O nascimento prematuro modifica o ambiente sensorial da criança e oferece estímulos para os quais, com frequência, ela não está preparada. Além disso, muitas delas já passaram por situações adversas intraútero que podem ter provocado falhas na estruturação precoce de suas áreas cerebrais. Para pensarmos sobre todas estas questões, este capítulo se propõe à discussão do desenvolvimento cerebral, abordando desde o período fetal inicial, às aquisições no ambiente intensivo e sua relação com os cuidados nas unidades neonatais. Os próximos capítulos deste módulo irão oferecer, ao leitor, estratégias de atenção e cuidado com os RNs nas unidades neonatais.

1.1 Desenvolvimento cerebral fetal

O desenvolvimento cerebral tem início ainda na fase embrionária, na terceira semana gestacional. Na oitava semana pós-concepção, as estruturas rudimentares do cérebro e do SNC já se estabeleceram. O período fetal inicial, que se estende até a metade da gestação, é um período crítico no desenvolvimento do neocortex. A maioria dos neurônios corticais já surgiu, está migrando para sua localização e iniciou a rede cerebral relacionada ao processamento de informações (STILES; JERNIGAN, 2010).

Durante a gestação, o feto progressivamente desenvolve a capacidade de se movimentar, de perceber e reagir aos diferentes estímulos e de realizar explorações cada vez mais complexas no meio ambiente intrauterino. O meio ambiente líquido, de alta densidade, permite uma grande e rica movimentação.

No útero, o desenvolvimento sensorial segue uma sequência fixa, começando pelo sistema tátil, seguido pelo vestibular, químico (olfato e gustação) e auditivo e, por fim, pelo sistema visual. Dessa forma, ao nascer, cada modalidade sensorial tem um histórico de experiências bastante peculiar, com os sistemas de aparecimento mais precoce (tato, por exemplo) acumulando mais vivências do que os de aparecimento mais tardio (visão).

As experiências sensoriais do feto são rítmicas e cíclicas, mediadas pelos ritmos circadianos da mãe, e coordenadas e integradas em um esquema padronizado e previsível. São, portanto, adequadas ao seu desenvolvimento e estão em conformidade com a visão atual, segundo a qual o feto interage ativamente com o meio. O efeito do meio ambiente no desenvolvimento fetal pode ser avaliado pela demonstração das diferentes capacidades fetais.

O **sistema tátil** é o primeiro sistema sensorial a se desenvolver e também o que apresenta maturação mais precoce. Ao nascer, o RN, mesmo pré-termo, pode ser capaz de diferenciar o toque leve do profundo, apresenta reflexos cutâneos mais pronunciados e é capaz, também, de algum grau de aprendizado frente aos estímulos cutâneos.

O segundo sistema a se desenvolver é o **vestibular**, que recebe muitos estímulos sensoriais durante o tempo em que o feto está dentro do útero. Funciona no RN a termo, com progressiva integração com o sistema visual durante o 1º ano de vida.

Desde 29 a 32 semanas, o sistema **olfativo** está desenvolvido, podendo exibir respostas de sucção ou de acordar frente a odores agradáveis e de fuga para odores aversivos. Possui, também, discriminação olfativa para o odor do leite humano e pode demonstrar aprendizado olfativo associativo nas primeiras 48 horas de vida. A deglutição está presente desde a 12^a semana intraútero, permitindo com 30 semanas a percepção do *flavour* (sabor) do líquido amniótico, o que, devido a semelhanças com o do leite materno, favorece sua futura aceitação.

O quarto sistema a amadurecer, em termos anatômicos e fisiológicos, é o **auditivo**. Enquanto está dentro do útero, o feto é exposto a um ruído basal de 28 dB (sons vasculares e ruídos digestivos) ao qual se superpõem (em +25 dB) os batimentos cardíacos e a voz materna. Ele encontra-se bem protegido dos ruídos externos, uma vez que a parede uterina e o líquido amniótico reduzem em até 35 dB os sons intensos (> 500 Hz), e a audição, apenas pela via óssea, acarreta diminuição adicional de 30 dB. O feto apresenta respostas de piscar ou de susto a partir de 25 a 28 semanas, e respostas de atenção e alerta (de forma consistente) a partir de 32 a 34 semanas. Com 35 semanas de gestação, consegue discriminar sílabas simples como BI e BA, e, próximo ao termo discrimina, sons silábicos como BABI e BIBA. O ambiente sonoro do útero permite o desenvolvimento de algumas capacidades do neonato a termo, tais como preferência por músicas escutadas frequentemente durante a gestação e pela voz materna em relação a outras vozes femininas.

O sistema **visual** é o último sistema a se desenvolver, o que ocorre em duas fases. Na primeira, que se estende da 22^a a 40^a semana, não existe dependência do estímulo visual, mas pode ocorrer interferência negativa dos estímulos do meio. Promove o refinamento da distribuição topográfica das conexões das células ganglionares da retina – núcleo geniculado lateral – córtex visual, manutenção das colunas de dominância já existentes e criação de novas colunas de dominância ocular e de direcionamento no córtex visual. Com o nascimento, entre 38 e 40 semanas, o sistema visual é ativado pela luz, iniciando assim a segunda etapa, a qual requer experiências visuais para continuar seu desenvolvimento. São, então, criadas as colunas direcionais necessárias para a percepção de linhas, padrões, movimentos e percepção de cores. Com 26 a 30 semanas, já podem ser obtidos potenciais evocados visuais (ainda imaturos), indicando, assim, percepção cortical da luz. Dentro do útero, o feto fica exposto a pouca iluminação (apenas 2% da luz ambiente penetra no útero), predominantemente no comprimento de onda do vermelho, com variação dia/noite. O recém-nascido pré-termo, a partir de 30 semanas, fecha os olhos frente à luz forte e, com menor nível de iluminação, consegue abrir os olhos focalizando objetos de forma breve. Com 34 semanas, já segue uma bola de lã vermelha e, com 37 semanas, gira os olhos em busca de uma luz suave.

1.1.1 Habituação

Habituação é o fenômeno de diminuição de respostas sucessivas frente a um estímulo que seja idêntico e repetitivo. Envolve algum grau de memória e funciona como um “filtro” pelo qual o organismo elimina respostas supérfluas ou redundantes ante os estímulos biologicamente irrelevantes. Com 22 a 23 semanas, já está presente para

estímulos auditivos, e, próximo ao termo, existe habituação para os estímulos visuais. Estudos mostram que, a partir de 32 semanas de idade gestacional, já é possível o **condicionamento** e pequenas aprendizagens por parte do recém-nascido. No último trimestre, já existem **ritmos circadianos** dos movimentos corporais, respiratórios e frequência cardíaca, impostos pelo meio ambiente uterino.

Entendendo que, durante um período fundamental de sua vida que seria ainda fetal, os RNPT passam grande tempo na unidade neonatal, é válida a preocupação quanto à atenção e ao cuidado de suas experiências, especialmente as corporais/sensoriais, com as equipes das UTI neonatais. O excesso de *inputs*, de estimulação inadequada, irá, sem dúvida alguma, provocar a sobrecarga para este sistema (cerebral) em formação, trazendo consigo dificuldades para este recém-nascido, especialmente na compreensão que fará do mundo, de suas relações sociais, bem como em sua organização corporal e sensorial.

1.2 Possíveis funções das experiências fetais

Os sistemas sensoriais começam a funcionar antes que suas estruturas apresentem maturação completa; seguem uma sequência específica de desenvolvimento sensorial, existindo uma influência bidirecional entre estrutura e função. As experiências do feto no meio ambiente protegido do útero têm um papel importante na manutenção, na facilitação e na indução do desenvolvimento neural.

O desenvolvimento neural intrauterino é bastante sensível às qualidades do estímulo, tais como o momento, a quantidade, a intensidade e o tipo de estímulo. O útero, por suas características de “filtro” contribui de forma decisiva para um desenvolvimento encefálico harmonioso ao limitar o funcionamento sensorial. Fornece uma estrutura confiável para o desenvolvimento sequenciado dos sistemas sensoriais, pois minimiza quantidade e/ou complexidade da experiência sensorial. Uma vez que o desenvolvimento sensorial é intimamente interligado à estimulação apresentada a uma modalidade sensorial, pode influenciar a resposta perceptiva tanto nesta modalidade quanto em outra.

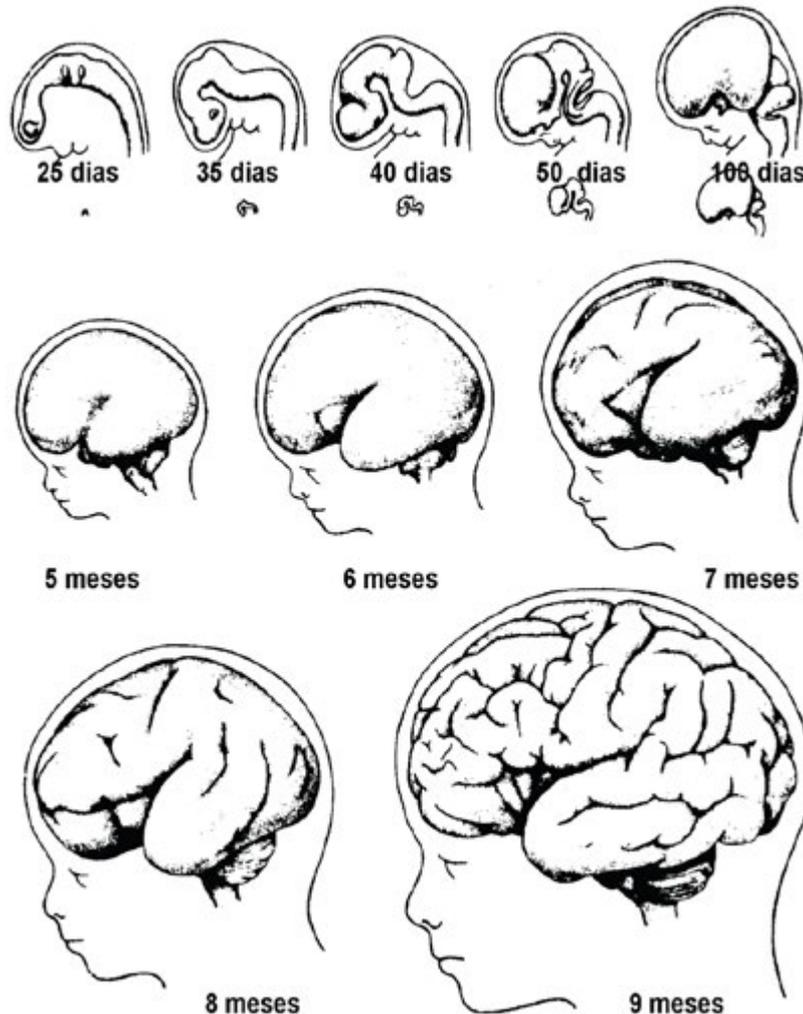
Segundo Lickliter (2000), as alterações nas experiências sensoriais percebidas pelos recém-nascidos pré-termo numa UTI neonatal tradicional (por exemplo: experiências visuais precoces, aumento na estimulação sensorial multimodal e redução nas experiências vestibulares) podem influenciar seu padrão subsequente de desenvolvimento perceptivo e, também, o desenvolvimento cerebral. Podem acarretar prejuízo no desenvolvimento perceptivo, na integração das informações intersensoriais, na memória, no aprendizado, bem como na sensibilidade à estimulação social.

1.3 Desenvolvimento do Sistema Nervoso Central do feto na unidade neonatal

Durante o período em que o RNPT passa na UTI neonatal, ocorre grande crescimento cerebral, conforme mostra a Figura 1 (os desenhos estão em escala proporcional). Esse crescimento se dá, principalmente, pela multiplicação de células gliais e pelo

estabelecimento de inúmeras conexões neurais, uma vez que, com 20 semanas, já ocorreu a maior parte do processo de proliferação e migração neuronal, e a maioria dos neurônios já se encontra em seu local definitivo no córtex cerebral.

Figura 1 – Desenvolvimento encefálico no feto



Fonte: SAS/MS.

Todo esse desenvolvimento é controlado pela interação entre os genes e o meio ambiente. Devido ao número limitado de genes (cerca de 30 mil), fica difícil o controle da organização de cerca de 86 bilhões de neurônios e de trilhões de sinapses sem a participação de um meio ambiente adequado. Interações com o meio ambiente intrauterino (fatores provenientes da mãe, placenta e líquido amniótico) e com o meio ambiente pós-natal servem como fatores críticos na modulação da expressão genética por meio da interação com neurotransmissores, fatores tróficos, hormônios ou com a matriz extracelular.

1.3.1 Fases do desenvolvimento cerebral

1. Proliferação Neuronal:

Começa entre dois e quatro meses de gestação e, após o quarto mês, ocorre primariamente no cerebelo. Está quase completa até a 24ª semana.

2. Multiplicação Glial:

Após o quinto mês, tem início a multiplicação glial, que é um dos principais componentes do crescimento cerebral. Origina células glias radiais que servem de guias para a migração neuronal.

3. Migração Neuronal:

Milhões de células das zonas ventriculares e subventriculares migram para seu local definitivo no SNC, com pico entre o terceiro e o quinto mês de gestação, de tal forma que, com 20 semanas de gestação, o córtex cerebral já está quase completo no que se refere à sua população de neurônios.

4. Organização:

Ocorre o pico a partir de seis meses de gestação, prolongando-se por até vários anos. Estabelece a maior parte dos elaborados circuitos do cérebro humano, preparando para seu desenvolvimento final, que é a mielinização. É um período crítico para o desenvolvimento encefálico.

1.3.2 Características do processo de organização cerebral

a) Desenvolvimento sináptico:

Durante o desenvolvimento, sob o controle genético, ocorrem ondas sucessivas de superprodução, de forma aleatória, de sinapses lábeis, incluindo conexões redundantes. Ocorre o aparecimento de grande número e variedade de espinhas dendríticas (pequenas estruturas em forma de vesícula), que aumentam em quantidade com a progressão da idade gestacional, sendo o local de contato sináptico. Segue-se um período de estabilização de sinapses que tenham funcionalidade e eliminação daquelas que sejam redundantes ou sem função. Esse período é altamente influenciado pelos estímulos e pelas experiências do meio ambiente. Sua taxa máxima de desenvolvimento ocorre entre 20 e 28 semanas de idade gestacional, estando completa seis meses após o termo.

b) Diferenciação dendrítica e axonal

Quando os neurônios chegam ao seu destino final, começam a produzir axônios e dendritos que permitem conexões das estruturas encefálicas. Esse fenômeno ocorre, principalmente, na segunda metade da gestação e continua no período pós-natal, sob o controle genético e de fatores ambientais, atuando durante a gravidez e na vida pós-natal, levando à manutenção de algumas conexões e à eliminação de outras que se mostram aberrantes ou redundantes.

c) Morte celular e “poda” dos processos neuronais

Entre 15% e 50% dos neurônios, dependendo da área encefálica, são eliminados por um processo fisiológico conhecido como morte celular programada ou apoptose. Cerca de 70% dos neurônios que estão destinados a morrer o farão entre a 28^a e a 41^a semana de gestação. É um mecanismo complexo no qual um dos fatores críticos para a sobrevivência neuronal é a atividade elétrica. Ajusta o tamanho de cada população neuronal ao tamanho ou às necessidades funcionais de seu campo de projeção e inclui a remoção seletiva de ramificações axoniais terminais e suas sinapses.

d) Proliferação dos astrócitos:

Os astrócitos se originam das células gliais radiais e de pequenos precursores astrocíticos produzidos na matriz germinal. Sua proliferação ocorre entre a 24^a e a 32^a semana de gestação, com pico ao redor de 26 semanas. Tem papel na estimulação do crescimento neurítico, no direcionamento dos axônios, na produção de componentes da matriz extracelular e na produção de fatores tróficos, entre outros. A deficiência de VIP (*vasoactive intestinal peptide*), neurotransmissor com propriedades tróficas no feto, que se especula ocorrer no recém-nascido pré-termo, pode levar à redução na densidade dos astrócitos no neocórtex, resultando em aumento na apoptose e em alterações nas estruturas sinápticas.

e) Mielinização

A mielinização das bainhas dos nervos propicia uma aceleração na velocidade de condução do impulso nervoso. É um fenômeno que tem início no final da gestação e se prolonga após o nascimento. Existem vários exemplos de dissociação entre o grau de mielinização e a maturação de uma dada função. A mielina é produzida pelos oligodendrócitos, sendo alguns tipos altamente vulneráveis ao estresse oxidativo, cascata excitotóxica e insultos hipóxico-isquêmicos durante o período de pré-mielinização (ao redor de 32 semanas de gestação).

1.4 O que muda quando o recém-nascido pré-termo vai para a Unidade de Tratamento Intensivo neonatal?

O nascimento antes do termo priva o recém-nascido do meio ambiente aquático (sem ação da gravidade, o que facilitava seu movimento), da estimulação vestibular e sensorial (provocada pela movimentação materna, pelas sensações provocadas por meio do ritmo, da respiração), e causa ausência de contenção oferecida pelas paredes uterinas e pela placenta e estímulos visuais e auditivos bastante filtrados. Além disso, o RN passa a ser responsável pelo funcionamento do seu subsistema autônomo, função que antes era exercida, em grande parte, pela placenta. Com isso, surge um grande descompasso entre o que era evolutivamente esperado (estímulos uterinos) e o que é provocado pelo ambiente da UTI neonatal, associado a uma grande falta de “energia” para o funcionamento dos demais subsistemas (motor, estados comportamentais, atenção/interação e regulador).

Dentro da incubadora, o recém-nascido tenta sempre a busca de um limite, engajando-se numa ação voltada para maximizar o contato com superfícies firmes. Esta busca tem aspectos de intencionalidade e, com o encontro de uma superfície de apoio, o RN orienta-se no espaço, diminui sua movimentação e fica disponível para buscar outros estímulos. Isso implica gasto de energia, pois o RNPT só vai parar de se mover quando encontrar um limite. Quando diminui sua movimentação, pode realizar explorações com as mãos; inicialmente, o toque é feito com movimentos pouco organizados e o contato dá-se ao acaso. Com o desenvolvimento, começa a ocorrer um encadeamento de comportamentos, com aproximação mais lenta e modulada, juntamente à preparação da mão para o contato. Por fim, essa exploração torna-se mais complexa, tomando aspectos de comunicação.

O padrão de manuseio do recém-nascido tradicionalmente utilizado na UTI neonatal, voltado para salvar a vida do neonato, fornece experiências bastante diversas daquelas experimentadas dentro do útero: o contato é frequente, sendo metade deles considerada alta ou moderadamente intrusiva; raramente são deixados quietos por mais de uma hora, durante o dia ou à noite; o toque ou o manuseio são baseados na programação e na conveniência da equipe da UTI neonatal, não levando em consideração o estado e as pistas fisiológicas e/ou comportamentais do RN, e geralmente são mínimas as interações afetuosas, para acalmar, diminuir o alerta, ou mesmo falar com a criança. Esse manuseio nas crianças pré-termo mais frágeis pode originar respostas de estresse comportamental (reflexo de susto, aumento da movimentação, agitação e/ou choro), bem como respostas fisiológicas (alteração de pressão arterial, hipoxemia, alteração na frequência cardíaca e respiratória e nas respostas neuroendócrinas). Até o toque interacional (carícias) pode ser estressante em RNPT de 26 a 30 semanas de idade gestacional (pela sua extrema imaturidade) e em alguns recém-nascidos com mais de 32 semanas, devido ao aprendizado aversivo relacionado aos repetidos toques invasivos durante a internação na UTI neonatal.

O recém-nascido recebe poucos estímulos vestibulares e sua função pode ser afetada pelo uso de antibióticos aminoglicosídeos (gentamicina e amicacina). Alguns recém-nascidos podem apresentar não apenas anormalidades na testagem vestibular, mas também atraso no desenvolvimento motor. Além disso, nos cuidados intensivos neonatais, ele não tem mais a proteção uterina e passa a escutar por via aérea, ficando exposto a níveis de ruído bastante elevados, muito acima do limite recomendado, de 55 dB. A intensidade é de, em média, 77,4 dB e os picos de ruído podem chegar a 85,8 dB durante admissão de novos recém-nascidos, emergências, *rounds* e passagem de plantão. Nesse ambiente ruidoso, podem ocorrer alterações fisiológicas e/ou comportamentais, tais como: diminuição da saturação de O₂; aumento da frequência cardíaca, da frequência respiratória e da pressão intracraniana; susto, choro, dor; e dificuldade na manutenção do sono profundo. Podem ocorrer também: redução das habilidades perceptivas auditivas devido ao mascaramento de sons da voz humana; dificuldades na percepção figura/fundo; e limitação nas experiências auditivas contingentes.

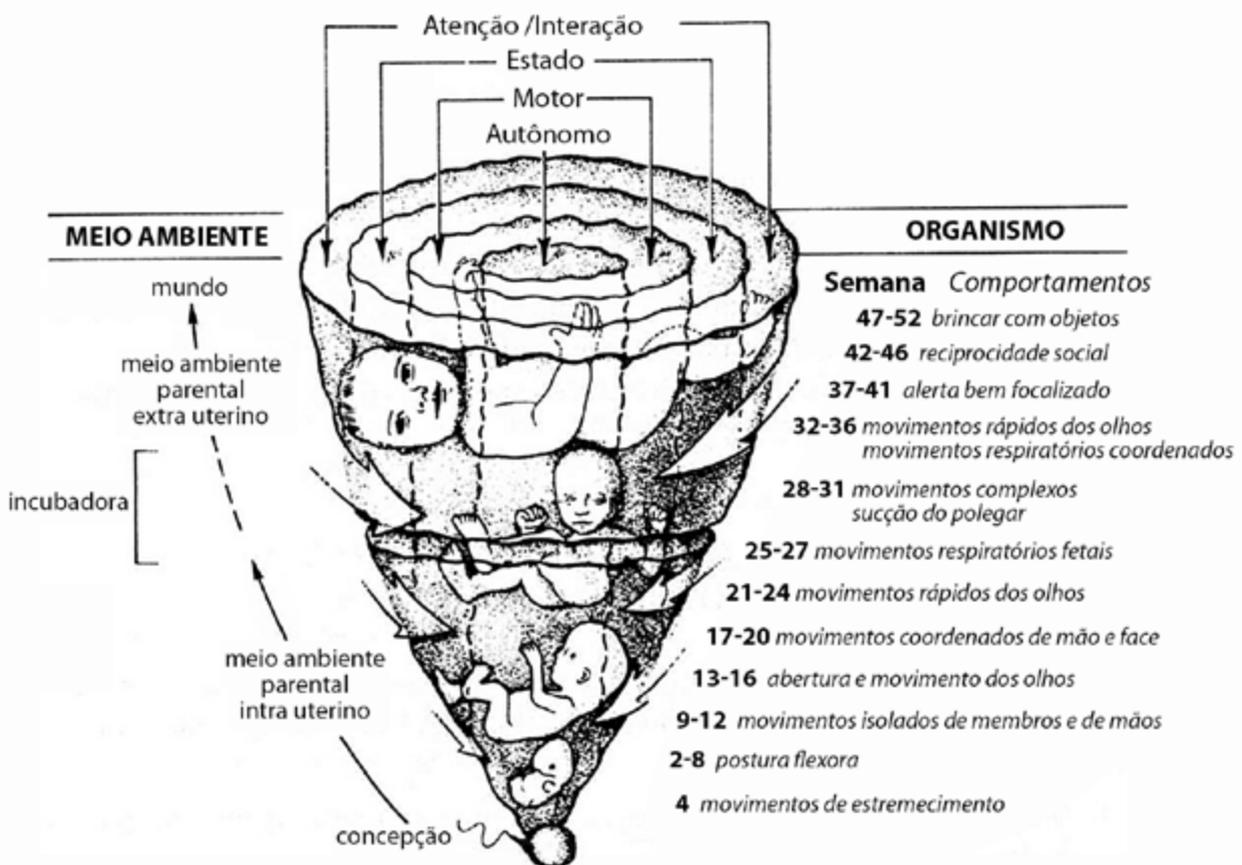
O RNPT apresenta características de anatomia ocular que fazem com que uma maior quantidade de luz atinja a sua retina. Portanto, tem uma resposta diferenciada da do adulto em relação aos níveis elevados de iluminação, habitualmente encontrados na UTI neonatal. A primeira fase do desenvolvimento visual (desenvolvimento das colunas de dominância ocular) pode ser negativamente afetada por estímulos competitivos, fortes e contínuos, tais como: luz forte, ruído intenso, dor, movimentos não usuais e interrupção no sono leve. A luz constante pode atrasar a manifestação dos ritmos circadianos endógenos, o que leva à privação de sono ou interfere na consolidação normal do sono em RNPT que demora mais tempo para se ajustar ao ciclo dia/noite e dorme mais até completar 37 semanas. O aumento abrupto da luz está significativamente associado à diminuição da saturação de O₂ em recém-nascido em assistência respiratória. A fototerapia pode causar letargia e/ou irritabilidade e dificuldade alimentar. Essas alterações podem se manter por alguns dias após a

retirada da fototerapia. Quando o RN já está mais estável e disponível para interação, a luz forte evita que abra seus olhos e inspecione o ambiente.

1.5 A Teoria Síncrono-Ativa

De acordo com esta teoria, desenvolvida por Als (1982), os comportamentos dos recém-nascidos são analisados de acordo com cinco subsistemas. A teoria é chamada de síncrono-ativa porque, durante cada estágio do desenvolvimento, os subsistemas desenvolvem-se independentemente e, ao mesmo tempo, interagem continuamente um com o outro e com o meio ambiente. O processo do desenvolvimento é descrito como uma série de círculos concêntricos, iniciando pelo subsistema autônomo e terminando pelo de atenção e interação, com cada um dos subsistemas continuamente promovendo retroalimentação para os demais.

Figura 2 – Interligação dos subsistemas



Fonte: ALS, 1982.

1.5.1 Subsistema autônomo

Subsistema **autônomo** (ou fisiológico) é o primeiro a aparecer durante a vida fetal e compreende as funções neurovegetativas (funções vitais). É o que recebe a maior atenção por parte da equipe de saúde, por ser vital para assegurar a sobrevivência do RN. Diversos parâmetros podem ser observados no RN, independentemente da idade gestacional, como: respiração, saturação de oxigênio, ritmo cardíaco, cor e aspecto da pele; bem como sinais viscerais, como soluços, salivação, regurgitação e

movimentos peristálticos. Nesse subsistema, alguns comportamentos podem refletir a estabilidade do recém-nascido, por exemplo: respiração calma, pulso regular, coloração cutânea rosada estável e sem alterações viscerais, demonstrando que seu subsistema autônomo está, no momento, sendo capaz de gerir seus estímulos internos e externos. Sempre que esse equilíbrio for afetado por demandas, neste sistema ou nos demais, poderão surgir sinais de estresse e estafa da criança, variando de uma leve alteração de cor, passando por pausas respiratórias e até mesmo apneia.

1.5.2 Subsistema motor

Subsistema **motor** compreende o tônus muscular, a postura e os movimentos voluntários e involuntários. Comportamentos que refletem estabilidade desse subsistema incluem postura harmoniosa (com equilíbrio entre flexão e extensão e ausência de hipo ou hipertonia) e movimentos sincrônicos e harmoniosos dos membros. Também é observado uso de estratégias motoras eficazes, como segurar as próprias mãos, agarrar objetos, levar a mão à boca ou à face, sugar o dedo ou realizar movimentos bucais solicitando sucção. Por outro lado, comportamentos evidenciando estresse incluem flacidez motora não patológica (envolvendo perda temporária de tônus em qualquer parte do corpo) e períodos de hipertonicidade motora não patológica, isto é, o tônus é normal, mas aumenta devido ao estresse ou à atividade desordenada de membros, contorcimento ou arqueamento do tronco.

1.5.3 Estados comportamentais

Subsistema de **estados comportamentais** compreende os estados de consciência que vão do sono profundo ao choro. Podem ser observados: qualidade de cada estado, variabilidade, estabilidade, transições e estado dominante. Os estados comportamentais são seis, segundo Brazelton e Nugent (1995):

Estado 1 – Sono profundo

Este estado se caracteriza por olhos firmemente fechados, respiração profunda e regular, quase sem atividade motora alguma, com pequenos sobressaltos eventuais separados por longos intervalos.

O **sono profundo** parece ser necessário para o desenvolvimento encefálico. É restaurador e anabólico, diminui a temperatura corporal, necessitando de um menor consumo de oxigênio, com menor estresse (menor atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal). Algumas memórias são armazenadas e algumas formas de aprendizagem só ocorrem neste estado, sendo necessário para a emergência das capacidades de atenção e interação. É o estado que mais se assemelha ao intrauterino, aumentando com a maturação, e o mais afetado (menor duração e frequentes interrupções) pelos estímulos da UTI neonatal, mas pode ser aumentado com estimulação vestibular e cinestésica.

Estado 2 – Sono leve



Neste estado, os olhos permanecem fechados, mas com eventuais movimentos. A respiração é irregular e mais rápida. O recém-nascido faz caretas, sorri, apresenta movimentos bucais e de sucção, e movimentos corporais que vão de pequenas contrações a breves acessos de contorção e espreguiçamento.

Durante o **sono leve**, ocorre aumento da síntese de proteína nas células cerebrais e reestruturação das sinapses. A informação é ativamente processada e armazenada na memória, sendo o estado no qual ocorre a maior parte do aprendizado e memória. Este estado diminui com a maturação.

Quando o recém-nascido adormece, a fase inicial é a do sono leve, que dura cerca de 30 minutos, até atingir o sono profundo, que dura em torno de 20 minutos (menor nos RNPT, diretamente proporcional à idade gestacional). Um ciclo completo de sono leva de 55 a 90 minutos.

Estado 3 – Sonolência

Neste estado, os olhos abrem-se e fecham-se. Eventualmente, ficam mais abertos, mas com aparência entorpecida. Ocasionalmente, podem ocorrer movimentos suaves de braços e pernas.

Estado 4 – Alerta

O corpo e a face do recém-nascido estão relativamente inativos, com os olhos de aparência brilhante e a respiração é regular neste estado. Os estímulos visuais e auditivos originam respostas com facilidade. É o estado que mais favorece a interação.

Estado 5 – Alerta com atividade

Neste estado, os olhos ainda estão abertos, mas com maior atividade corporal, que pode ser por manifestação de desagrado do bebê. Ele pode choramingar.

Estado 6 – Choro

O choro é forte, com manifestação de grande desconforto. A intensidade do choro está diretamente relacionada à frequência cardíaca, ao maior consumo de energia, à diminuição na saturação de oxigênio no sangue e no cérebro e ao aumento na produção de cortisol.

1.5.4 Subsistema de atenção e interação

Atenção e interação implicam a capacidade de o recém-nascido permanecer no estado de alerta, apreender as informações do meio e comunicar-se usando, por exemplo, o olhar e o sorriso. Este subsistema começa a surgir por volta de 25 a 28 semanas de idade gestacional e, geralmente, só está bem desenvolvido ao redor de 40 semanas de idade pós-concepcional. Sua estabilidade pode ser evidenciada por alguns comportamentos, como olhar vivo, com capacidade de se fixar por um período curto de tempo, expressão de atenção associada a movimento de boca, como se quisesse falar, durante momentos de interação social. Em situação de estresse e fadiga, a criança pode apresentar comportamentos de virar a cabeça para o lado oposto ao estímulo, cobrir o rosto com as mãos e até usar o sono como refúgio.

1.5.5 Subsistema regulador

Regulador engloba as estratégias que o recém-nascido utiliza para manter ou retornar a uma integração equilibrada, relativamente estável e relaxada dos subsistemas. Pode também envolver o tipo e a quantidade de facilitação que o RN necessita receber do meio.

Cada subsistema pode tanto fortalecer quanto sobrecarregar a estabilidade dos demais, dependendo do seu nível de suporte e grau de integridade. Por exemplo, um recém-nascido que está tentando atingir ou manter um funcionamento cardíaco e respiratório adequado pode ter pouca energia para ficar alerta. Da mesma forma, usa sua energia para atingir um estado de alerta e de interação pode fazê-lo à custa de outros subsistemas, levando à instabilidade fisiológica e/ou à diminuição do tônus muscular, bem como à desorganização dentro do subsistema de estado.

Tabela 1 – Como seria a distribuição de “energia” para o funcionamento do RN? Imagine que tenha somente cinco “pilhas” para distribuir

RN a termo	Subsistema	Pré-termo
+	autonômico	+++
+	motor	++
+	de estados comportamentais	0
+	de atenção/interação	0
+	regulador	0

Fonte: SAS/MS.

Os cinco subsistemas no RN a termo funcionam de uma forma harmoniosa, pois, geralmente, ele já atingiu bom controle autonômico, motor e de regulação de estados, podendo distribuir a “energia” uniformemente para o funcionamento de todos os subsistemas ao mesmo tempo. Isso possibilita uma boa habilidade de interagir socialmente com seu meio.

Já no RN pré-termo, cuidado em uma UTI neonatal tradicional, a “energia” disponível está distribuída de uma forma diferente. As demandas para o funcionamento adequado do sistema autônomo são enormes, seguidas pelas do sistema motor, sobrando muito poucas para os demais funcionarem. No entanto, no recém-nascido pré-termo, a “energia” não se mantém o tempo todo atendendo às necessidades destes dois subsistemas. Isso acontece pelo baixo limiar para responder a qualquer estímulo do meio. Sendo assim, frente a um estímulo qualquer (ruído, por exemplo), a criança poderá responder, na maioria das vezes, sem conseguir se desligar, à custa da energia que estava sendo necessária ao funcionamento adequado do subsistema autônomo e/ou motor. Isso acarretará desorganização do sistema, que poderá ser expressa por taquicardia, apneia, hipotonia e até por um estado de hiperalerta ou de completa exaustão. Por outro lado, os esforços para diminuir a demanda de um subsistema podem influenciar positivamente nos demais. O gasto de “energia” do subsistema motor no recém-nascido pré-termo pode ser significativamente diminuído pela utilização de uma contenção adequada que possibilite mínima movimentação e maior tranquilidade, traduzindo-se em melhor homeostase.

Sinais de estresse autonômico / retraimento

Flutuações de cor:

- ▶ Palidez;
- ▶ Moteamento (alternância de áreas claras e escuras na pele, como um mármore);
- ▶ Cianose perioral;
- ▶ Pletora (vermelhidão);
- ▶ Coloração mais escura.

Alterações cardiorespiratórias:*

- ▶ Bradicardia;
- ▶ Respiração irregular;
- ▶ Apneia;
- ▶ Aumento ou diminuição na frequência respiratória.

Movimentos peristálticos.

Aumento no resíduo gástrico.

Vômitos, engasgos, salivação, soluços, respiração ofegante, tremores, susto, espirros, bocejos, suspiros.

A expressão-chave passa a ser **organização do recém-nascido**, que reflete sua habilidade em estabelecer um nível de funcionamento integrado entre os sistemas fisiológicos e comportamentais. A habilidade de esses subsistemas trabalharem em harmonia afeta a sobrevivência do RN e permeia todas as interações que ele executa com o meio, afetando diretamente seu cérebro.

O **recém-nascido dá sinais** e comunica sua prontidão para se orientar ou evitar os estímulos, procurando mantê-los dentro de sua capacidade de processamento. Como regra geral, extensão e comportamentos difusos refletem estresse e, por outro lado, flexão e comportamentos bem modulados demonstram competência autorregulatória. De acordo com esta abordagem, o organismo vai se defender contra qualquer estimulação em um momento inadequado e de complexidade ou intensidade inapropriadas para o momento. A criança poderá apresentar diversos sinais considerados como de estresse e de baixo limiar de reatividade, que podem ser evidenciados em cada um dos subsistemas. Podem ser imediatos ou surgir até 5 minutos após a exposição ao evento hiperestimulante.

Sinais de estresse motor / retraimento

Flacidez motora (turning-out = desligamento):

- ▶ Flacidez de tronco.
- ▶ Flacidez de extremidades.
- ▶ Flacidez facial (olhar pasmo ou com boca aberta).

Hipertonía motora:

- ▶ Com hiperextensão de pernas: sentar no ar, abraçar as pernas.
- ▶ Com hiperextensão de braços: asa de avião, saudação.
- ▶ Hiperextensão de tronco: arqueamento, opistótono.
- ▶ Afastamento de dedos.
- ▶ Caretas.
- ▶ Extensão de língua.
- ▶ Posição de guarda-alta dos braços.
- ▶ Com hiperflexão de tronco e extremidades: postura fetal, mãos cerradas.

Atividade frenética, difusa ou com movimentos de torção.

Frequentes movimentos de estremecimento.

Sinais de estresse no controle de estado e na atenção

Sono difuso, estados de alerta com choramingo, movimentos faciais bruscos.

Olhos errantes, movimentos oculares vagos.

Choro extenuado, inquietação.

Choro silencioso.

Olhar fixo.

Desvio ativo do olhar, de forma frequente.

Alerta preocupado ou com expressão de pânico; hiperalerta.

Olhos vidrados, alerta forçado, alerta com olhos semifechados ou com sonolência.

Oscilações rápidas de estado, necessidade de muitos estímulos para acordar.

Irritabilidade, acordar prolongado e difuso.

Choro.

Frenesi e inconsolabilidade.

Dificuldade para dormir, inquietude.

Os sinais de estresse indicam a necessidade de uma pausa, até que o próprio recém-nascido dê um sinal para continuar a interação ou o procedimento, ou instituir manobras de organização (observando as respostas do RN frente a elas), ou até mesmo suspender a interação/procedimento, caso a criança não responda adequadamente às duas manobras anteriores e continue a apresentar sinais de estresse. Dessa forma, podemos evitar que o recém-nascido atinja o **estado de hiperalerta**, com olhos bem abertos, certo olhar de pânico e uma fixação em relação ao estímulo, difícil de ser quebrada. Esse estado é relativamente comum no RNPT e significa que ele não consegue mais se desligar do estímulo, mesmo demonstrando sinais de desorganização e falta de energia. Por outro lado, sempre que a estimulação for adequada, a criança irá buscá-la e manterá sua atenção enquanto estiver com um bom nível de equilíbrio dos subsistemas. Durante esse tempo, poderá emitir diversos sinais (comportamentos de aproximação) nos diferentes subsistemas.

Sinais de aproximação
Subsistema autônomo
<i>Frequência cardíaca regular.</i>
<i>Frequência respiratória regular.</i>
<i>Boa oxigenação.</i>
<i>Cor de pele estável.</i>
<i>Funções digestivas estáveis.</i>
<i>Ocasionais sustos ou estremecimentos.</i>
Subsistema motor
<i>Mantém tônus muscular.</i>
<i>Atinge e mantém flexão de braços, pernas e tronco; aconchega-se/aninha-se no seio; abraça com os pés/mãos o corpo da mãe.</i>
<i>Leva/mantém a mão na face ou na boca.</i>
<i>Sorri. Faz movimentos bucais, lambe (“laps”) leite como um gato.</i>
<i>Busca sucção. Preensão. Segura um dedo da mão, seio etc.</i>
<i>Amolda-se ao tronco da mãe.</i>
<i>Apresenta movimentos suaves e coordenados.</i>
Subsistema de estados
<i>Períodos estáveis de sono/vigília.</i>
<i>Estados facilmente discerníveis.</i>
<i>Olhar interessado para a mãe, bem focalizado.</i>
<i>Sono profundo.</i>
<i>Suave transição de estados: acorda de forma calma, adormece facilmente.</i>
<i>Acalma-se com facilidade.</i>
<i>Desliga-se dos estímulos com facilidade.</i>
Subsistema de atenção/interação
<i>Dirige o rosto para a face da mãe, voz, outros objetos ou eventos.</i>
<i>Eleva sobrancelhas. Franze a testa.</i>
<i>Franze os lábios (ooh).</i>
<i>Movimentos de fala: imita expressões faciais (coo).</i>

1.6 Estágios do desenvolvimento comportamental neurosocial

De uma forma didática, é possível descrever a evolução do comportamento dos recém-nascidos pré-termo e a consequente interação dos subsistemas, de acordo com três estágios do desenvolvimento, segundo Gorski et al. (1990):

Menos de 32 semanas

É um período de reorganização fisiológica, no qual os recém-nascidos geralmente não suportam muita estimulação. Rapidamente, tornam-se fatigados e desorganizados (comportamentos e fisiologia) e, uma vez estimulados, não conseguem facilmente inibir suas ações e continuam a responder, mesmo exaustos. Podem apresentar sinais de estresse, inclusive apneia.

34 a 35 semanas

Começo da responsividade comportamental organizada. Atingem uma capacidade mínima de manter a homeostase: começam a responder prontamente e, ocasionalmente, buscam a interação social.

36 a 40 semanas

Período de reciprocidade ativa com o meio social.

É importante ressaltar que podem haver discrepâncias entre a idade gestacional do recém-nascido e os comportamentos neurossociais aqui descritos. Isso pode ocorrer devido a problemas clínicos, peculiaridades de cada criança e até mesmo pelo efeito do ambiente de cada UTI neonatal.

Apatia protetora

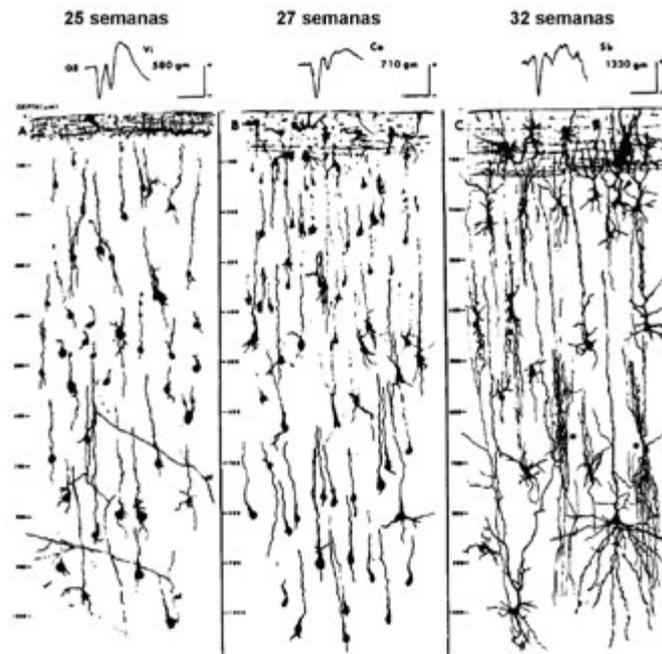
O recém-nascido pré-termo pode “escolher” ficar inativo, irresponsivo, apático e em estado de sono ou sonolência em determinados momentos ou por períodos mais prolongados. Trata-se de uma forma de manter a homeostase e permite a conservação de energia para o crescimento. Esse comportamento recebe o nome de **apatia protetora** (TRONICK et al., 1990) e pode funcionar como uma proteção temporária do SNC em desenvolvimento. O cuidador deve, sempre que possível, respeitar esses períodos, aguardando que a criança forneça um sinal indicando quando está disponível para a interação. Em muitos casos, o recém-nascido pode estar sinalizando que não quer interagir naquele momento.

1.7 Repercussões no desenvolvimento do SNC

O nascimento pré-termo altera as experiências evolutivamente esperadas e impõe experiências diversas que podem levar a alterações no SNC por acontecerem num período de grande evolução cerebral. O recém-nascido pré-termo enfrenta, além de problemas clínicos durante sua estadia na UTI neonatal, experiências estressantes ou dolorosas que podem contribuir para alterações no SNC em desenvolvimento. O exemplo mais visível é a hemorragia intraventricular ou a leucomalácia periventricular, que podem ser parcialmente relacionadas a episódios de dor que alteram o fluxo e o volume sanguíneo cerebral, com provável aumento na pressão intracraniana.

Diante das discrepâncias do ambiente e dos cuidados na UTI neonatal em relação ao esperado evolutivamente dentro do útero, observam-se no SNC alterações mais discretas e mais disseminadas, que começaram a ser descritas (ANAND, 2000; BHUTTA; ANAND, 2002), podendo estar correlacionadas com alterações no neurodesenvolvimento e no funcionamento social e emocional. As alterações no sistema visual servem como exemplo. É o último sistema sensorial a amadurecer, depende em parte dos estímulos do meio e apresenta maior número de conexões com a progressão da idade gestacional. Este desenvolvimento se reflete numa maior organização do potencial visual evocado (registrado na parte superior da Figura 3).

Figura 3 – Desenvolvimento do córtex visual humano



Fonte: SAS/MS.

Algumas especulações podem ser feitas em relação aos possíveis mecanismos envolvidos na gênese dessas alterações. O sistema nervoso do recém-nascido pré-termo encontra-se no período de organização neural com rápido crescimento e diferenciação encefálica. A atividade sináptica nesse período estimula a maturação e a estabilização de populações específicas de sinapses, enquanto a inatividade acarreta a solubilização delas com a apoptose (morte programada) dos neurônios. É um período no qual a plasticidade está muito aumentada, maximizando, assim, a influência do meio ambiente no desenvolvimento cerebral e nos comportamentos dele derivados. Além disso, existem evidências que os neurônios imaturos tenham maior vulnerabilidade a alterações degenerativas e que a dor repetida e/ou outros elementos do meio ambiente da UTI neonatal possam causar um impacto significativo na sobrevivência neuronal e nos padrões das conexões estabelecidas.

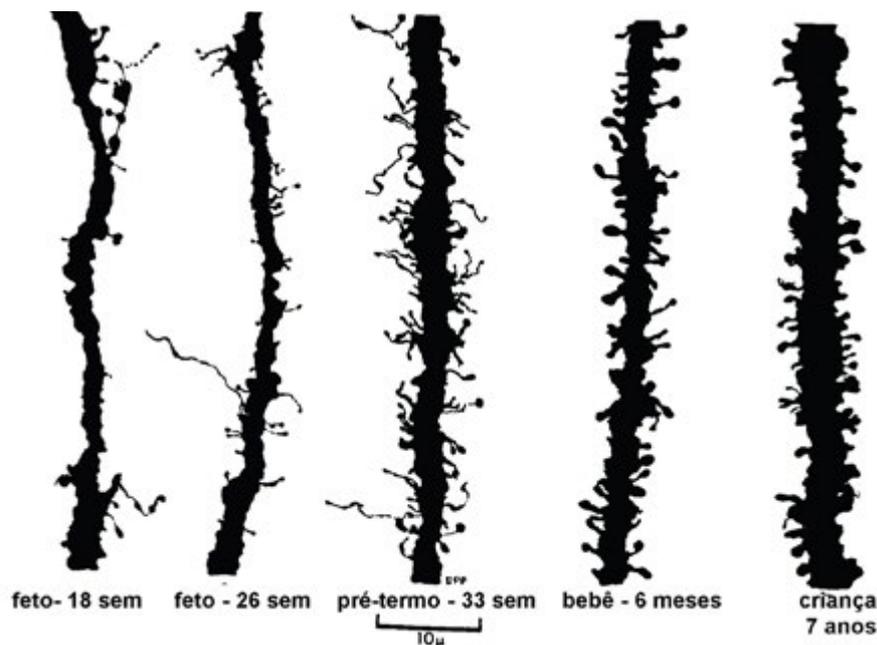
Já se pode relacionar a dor prolongada a uma excitação aumentada das vias dolorosas aferentes centrais com ativação excessiva de receptores e neurotransmissores relacionados ao NMDA (N-metil-D-aspartato), acarretando dano excitotóxico. Esse pode ser disseminado, uma vez que a percepção dolorosa no RN humano envolve áreas corticais, tais como o córtex cingulado anterior, o córtex somatossensorio primário e o córtex pré-frontal. O córtex cingulado anterior é uma das áreas mais ativas (em PET-Scans, sigla para tomografia por emissão de pósitrons – *Positron Emission Tomography*, em inglês) quando da exposição à dor e tem íntimas conexões com áreas associadas à atenção e à emoção. Portanto, episódios de dor podem afetar a capacidade futura de sustentar atenção e também alterar o arcabouço emocional do encéfalo.

Outros fatores também podem contribuir direta ou indiretamente para o dano ao SNC. Com a dor, pode ocorrer ativação do sistema neuroendócrino com liberação

de substâncias como o CRH (hormônio estimulador da corticotrofina), que tem o potencial de lesar áreas como o hipocampo, que media aspectos do aprendizado e da memória. Em RNPT, a precoce e prolongada exposição dolorosa pode causar frequentes alterações nos estados comportamentais, acarretando anormalidades nos sistemas que controlam sono/vigília, atenção e emoção, afetando a interação, a atenção seletiva e o processamento da informação. Ocorrem, também, alterações na capacidade de autorregulação dos subsistemas do desenvolvimento. A dor é um dos elementos mais destacados do meio ambiente da UTI neonatal, mas interage com os demais aspectos, como luz, ruído, estímulos não contingentes, sépsis e hipoxemia, tendo o potencial de cumulativamente produzir um impacto negativo no desenvolvimento.

O desenvolvimento das espinhas dendríticas (pequenas estruturas em forma de vesículas) pode ilustrar os efeitos da UTI neonatal no desenvolvimento cerebral. Elas são o local do contato sináptico e aumentam em quantidade com a progressão da idade gestacional (Figura 4). Pode-se observar, ainda, menor densidade de espinhas dendríticas na formação reticular (responsável pelo controle de ritmos fisiológicos, como respiração e deglutição), com o passar das semanas, em recém-nascido dependentes do respirador.

Figura 4 – Desenvolvimento das espinhas dendríticas em dendritos apicais do córtex motor piramidal



Fonte: SAS/MS.

Estas alterações na citoarquitetura e quimioarquitetura do SNC começam a ser desvendadas com novas técnicas de imagem que permitem, entre outras, a avaliação do funcionamento de regiões específicas do encéfalo.

Peterson et al. (2000) utilizaram ressonância magnética em crianças com 8 anos de idade, com baixa morbidade neurológica, nascidas a termo e pré-termo (estas últimas cuidadas em UTI neonatal tradicional). Demonstraram a existência de menores

volumes corticais nas áreas sensoriomotora, pré-motora, temporal média e parieto occipital, bem como menores volumes subcorticais no corpo caloso, no corpo amigdaliano, no hipocampo e gânglios da base. E, também, menor volume do cerebelo. A diminuição correlacionava-se com prejuízo significativo da função cognitiva e da integração visomotora, com alta incidência de distúrbios com hiperatividade e déficit de atenção, distúrbios com ansiedade frente à separação e até fobias simples. O mesmo autor utilizou a Ressonância Magnética Funcional (fMRI) para estudar crianças com 8 anos. Obteve imagens de áreas do córtex pré-frontal mesial e lateral, região ventral do cíngulo anterior, cerebelo dorsal e globo pálido, demonstrando ativação/desativação diferentes em recém-nascidos que foram pré-termo quando comparados com os nascidos a termo. Os RNPT processavam o material semântico (compreensão do significado transmitido pela fala) usando as mesmas vias neurais que os RNT usavam para processar aspectos fonológicos (decodificação e processamento dos fonemas, que são os sons elementares da fala). Com isso, os recém-nascidos pré-termo tendem a escutar e a processar linguagem com significado como se fossem correntes de sons sem significado, com óbvio prejuízo. Quanto mais essas vias eram utilizadas, pior a compreensão do significado de histórias escutadas e piores eram seus escores de quociente de inteligência (QI) relacionados à subescala verbal e de compreensão verbal.

Referências

ALS, H. Toward a synactive theory of development: promise for the assessment and support of infant individuality. **Infant Mental Health Journal**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 229-243, 1982.

ANAND, K. J. S.; SCALZO, F. M. Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior?. **Biology of the neonate**, [S.l.], v. 77, n. 2, p. 69-82, 2000.

BREZELTON, T. B.; NUGENT, J. K. **Neonatal Behavioral Assessment Scale**. London: MacKeith Press, 1995.

BHUTTA, A. T.; ANAND, K. J. S. Vulnerability of the developing brain: Neuronal mechanisms. **Clinics in perinatology**, [S.l.], v. 29, n. 3, p. 357-372, 2002.

GORSKI, P. A.; HUTINGTON, L.; LEWKOWICZ, D. J. Handling preterm infants in hospitals:stimulating controversy about timing of stimulation. **Clinics in perinatology**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 103-113,1990.

LICKLITER, R. Atypical perinatal sensory stimulation and early perceptual development: insights from developmental psychobiology. **Journal of perinatology**, [S.l.], v. 20, n. 8, p. S45-S54, 2000. Part 2.

PETERSON, B. S. et al. Regional brain volume abnormalities and long-term cognitive outcome in preterm infants. **JAMA**, [S.l.], v. 284, n. 15, p. 1939-1947, 2000.

STILES, J.; JERNINGAN, T. L. The basics of brain development. **Neuropsychology Review**, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 327-348, 2010.

TRONICK, E. Z. et al. Protective apathy, a hypothesis about the behavioral organization and its relation to clinic and physiological status of the preterm infant during the newborn period. **Clinics in perinatology**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 125-154, 1990.

2 Manejos, cuidados e manuseios individualizados na unidade neonatal



Objetivos:

- ▶ Apresentar uma abordagem para o cuidado com RN em unidade neonatal que observe e responda às suas expressões comportamentais e fisiológicas.
- ▶ Propor estratégias para diminuir o estresse durante os cuidados com o RN na unidade neonatal, contribuindo para seu conforto e seu desenvolvimento.
- ▶ Discutir a presença materna e/ou de um familiar nos cuidados de rotina do RN como determinante para a organização da criança, seu conforto e seu desenvolvimento integral.
- ▶ Discorrer sobre a posição canguru, suas indicações, recomendações e benefícios para o RN e também para seus pais, como importante intervenção no processo de cuidado, na unidade neonatal.

Conceitos Básicos:

Cuidado integral – Regido pela Portaria n° 930, de maio de 2012, tem a preocupação de oferecer ao recém-nascido grave ou potencialmente grave o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos; promoção da equidade, integralidade da assistência; atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário, atenção humanizada; estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido (BRASIL, 2012).

Cuidado individualizado e contingente – Cuidados modulados pela observação das respostas ou pistas oferecidas pelo RN com sinais de aproximação e/ou de retraimento no momento em que são executados (ALS, 1982).

Regulação afetiva – Permite a integração de vários sistemas do bebê para a produção de respostas organizadas que facilitam a adaptação no ambiente circundante e às demandas situacionais (THOMPSON, 1994).

Introdução

Uma premissa básica do Método Canguru, no Brasil, afirma que a atenção e o cuidado ao recém-nascido na unidade neonatal tenham como meta seu desenvolvimento harmonioso e global. Assim, as práticas de manuseio do RN, nas unidades neonatais, buscam a melhor qualidade em seu manuseio, agregando às preocupações fisiológicas proteção e prevenção em áreas do desenvolvimento motor, afetivo e sensorial.

Para tal, o uso do **cuidado individualizado e contingente**, presente na interlocução dos saberes da equipe multidisciplinar, vem sendo preconizado pelas políticas públicas, apoiados especialmente nos resultados alcançados pelas unidades neonatais. Autoras como Heidelise Als e Elvidina Adamson-Macedo, que irão contribuir ativamente do próximo capítulo “Ambiência”, são representantes máximas destas linhas de estudo e pesquisa.

2.1 Os cuidados promovidos pelos pais

Os autores que apresentamos nos capítulos do Módulo II: “Aspectos psicoafetivos do recém-nascido, seus pais e sua família” ofereceram uma base teórica inicial para a formulação das diretrizes do Método Canguru. Atualmente, a neurobiologia, neurogenética e a neuropsicanálise traduzem expressões corporais e fisiológicas destas questões, as apoiam e as qualificam, garantindo que nossas premissas nos conduziam adequadamente.

Narvaez et al. (2013) comentam sobre a importância de níveis não verbais do cuidado afetivo prestado pela mãe, muito precocemente, ao seu filho RN. Para estes autores, a proximidade e a comunicação não verbal, que teve seu início intraútero, são responsáveis por uma sincronia interacional de sons e movimentos já nas primeiras horas após o nascimento. Isso dá início a regulação afetiva do hemisfério cerebral direito, da regulação límbica, promovendo o desenvolvimento psicológico e biológico do recém-nascido.

Citam, ainda, o cuidado chamado responsivo que corregula os padrões de comunicação entre o RN e seus cuidadores e o relacionam a um melhor tônus vagal parasimpático, fundamental para o bom funcionamento digestivo, cardíaco, respiratório, imunológico, além de protetor para com o sistema emocional do pequeno bebê.

Assim, a permanência dos pais junto ao RN, em nossas unidades neonatais, não retrata mais um privilégio que lhes é concedido, mas sim uma indicação terapêutica. Sua participação reduz a exposição destes RNs ao desconforto e ao estresse. Manuseios que utilizamos comumente em nossa rotina, como 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**.

Feldman et al. (2002), em seus trabalhos, mostram que respostas positivas à posição canguru muitas vezes só aparecem posteriormente à alta do recém-nascido. De

acordo com tais autores, na idade de termo, as crianças que realizaram o contato pele a pele mostraram mais estados de maturação autonômica e ciclos de sono e vigília mais organizados. Aos 3 meses, apresentavam limiares mais altos em relação a emoções negativas e modulação mais eficiente para atender a estímulos ambientais complexos. Aos 6 meses, melhores trocas na atenção compartilhada com a mãe e maior período de sustentação na exploração de atividades com brinquedos. Isso aponta para a importância do contato pele a pele na regulação das capacidades fisiológicas, emocionais e cognitivas.

2.2 Os cuidados contingentes e os estados comportamentais ou de consciência do recém-nascido

Por muito tempo, atender o recém-nascido, em algumas unidades neonatais, significava prestar os cuidados de rotina nos quais os procedimentos eram realizados conforme um planejamento prévio determinado pela organização da equipe, sem levar em consideração a representação que oferecem a pequena criança; podemos dizer que este era *o cuidar do bebê* de uma forma quase “burocrática”.

Outra forma, disseminada há uns bons anos por alguns cuidadores, é realizar os cuidados levando em conta os sinais e as respostas que o RN oferece. Tal forma de cuidar configura o que chamamos de **cuidados contingentes**. São realizados **com** o recém-nascido, exigindo uma observação prévia, análise da real necessidade do procedimento, realização deste no momento mais adequado a ele e modulado de acordo com suas respostas.

Ao final dos cuidados contingentes, o recém-nascido está organizado e tranquilo. O aspecto chave deste cuidar reside na observação dos sinais do RN:

- ▶ Seu estado de consciência.
- ▶ Condutas de aproximação ou de retraimento frente ao estímulo gerado pelo manuseio.

A partir destes sinais ou pistas, podemos avaliar a disponibilidade de “energia” que ele apresenta para seu funcionamento e manutenção de seu equilíbrio homeostático. O reconhecimento do momento certo para a intervenção pode ser apoiado no entendimento dos chamados “estados do recém-nascido”, sugestivos de seu funcionamento interativo e de consciência, no momento. Ou seja, demonstrações comportamentais claras que ele oferece à equipe para esta avaliar a adequação do manuseio, ou a sua capacidade de interação e participação em seus cuidados, como no caso da amamentação.

2.2.1 Aprendendo sobre os estados do recém-nascido

A interação do RN, com o cuidador ou com sua família, vai depender da permanência ou da variação de seus estados de sono e alerta. O recém-nascido mostra tendência para mudar para um estado apropriado em cada situação específica que lhe seja apresentada. Uma estimulação mais intensa o acordará e o colocará em alerta. Caso seja incomodado pela estimulação, reagirá e poderá chorar. Contudo, é capaz de aquietar-se e de voltar para um estado de alerta ou de sono com o apoio do

meio. Os padrões particulares das mudanças de estados dependem das demandas da situação, dos recursos dos recém-nascidos e de suas características individuais.

a. Os estados do recém-nascido

A voz humana carinhosa é um estímulo eficiente para produzir interrupção de choro nas primeiras semanas de vida. Um toque calmo e contínuo oferece sensações corporais de integridade. Portanto, a equipe de saúde e também a família devem ser orientadas a utilizar sua sensibilidade na observação dos **estados comportamentais ou de consciência** nos recém-nascidos quando houver qualquer aproximação com eles. Ao reconhecerem estes estados, podem melhor conduzir sua intervenção ou mesmo aguardar para sua realização, buscando o tempo adequado para o RN poder receber este contato ou cuidado. Com isso, realiza-se um trabalho preventivo, facilitando seu desenvolvimento integral, pois tais cuidados podem auxiliar quanto:

- ▶ ao ajustamento inicial da díade mãe-bebê, pois poderá indicar o momento mais propício para tentativas de interação entre ambos, trazendo positivas repercussões para a formação do apego e, conseqüentemente, o vínculo;
- ▶ à proteção da criança pela redução de possíveis eventos perturbadores durante sua manipulação.

A **capacitação de profissionais** para esta forma de avaliar o recém-nascido é de grande importância para que os procedimentos e os manuseios de rotina sejam empregados como propomos – de forma individualizada e contingente. A observação de suas respostas comportamentais e fisiológicas, com conseqüente diminuição do estresse e da dor, contribuem para seu conforto e para o surgimento da sensação de segurança e confiança no ambiente que o circunda.

Brazelton (1973), em sua Escala de Avaliação do Comportamental Neonatal, apresenta a descrição de cada um destes estados de forma bastante didática, tendo como base os **estados de consciência** do recém-nascido a termo. Para os recém-nascidos pré-termo ou de baixo peso, utilizamos estes padrões de forma adaptada ao seu nível maturativo e especialmente na dependência de seu estado clínico. As respostas podem ser mais tênues, tornando-se mais presentes próximo à alta hospitalar. Envolvem dois estados de sono, três estados que mostram o recém-nascido em vigília e um de transição, já descritos no capítulo 1 desse módulo.

Nos RNPT, é fundamental prestarmos atenção aos padrões fisiológicos, como: batimento cardíaco, padrão respiratório e circulatório, tônus muscular e, em algumas crianças a atividade eletroencefalográfica, como dados complementares desta observação.

b. Sinais de aproximação e retraimento

Como dito anteriormente no capítulo 1 desse módulo, as respostas comportamentais dos RNPT foram descritas por Als (2009) em sua teoria síncrono-ativa e posteriormente organizadas num protocolo de avaliação (ABIP – *Assessment Behavior of Infant Pre-term*). Ao reagir a estímulos internos e mesmo externos, as crianças apresentarão o que ela chama de sinais de aproximação ou retraimento. Os sinais de aproximação indicam que o RN está recebendo estimulação e interação adequadas ao seu

momento, seja fisiológico, psíquico ou mesmo evolutivo. Neste momento, temos diante de nós um RN que chamamos de “**organizado**”. Seus diferentes **subsistemas – autonômico, motor e de estado** – encontram-se num funcionamento equilibrado, com boa tolerância às intervenções ou mesmo à interação.

Os **sinais de retraimento denotam que o RN se encontra estressado e as estimulações que recebe são excessivas**. Teremos, diante de nós, uma criança que se mostra desconfortável, com baixa regulação, “**desorganizado**”. Ou seja, comunicando que se encontra sob estresse, sem conseguir utilizar habilidades para lidar com seus subsistemas. Necessita de um profissional ou, preferencialmente, de sua mãe para lhe oferecer conforto e auxílio na busca de sua organização.

Conhecendo e identificando estes chamados sinais neurocomportamentais, a equipe e a família podem oferecer cuidados singulares durante o seu manuseio (*ver páginas 223, 224 e 225 deste manual*).

Observando estes sinais nos RNs sob seus cuidados, a equipe multidisciplinar poderá executar, com tranquilidade, os cuidados contingentes. É fundamental compartilhar com os pais a oportunidade de observarem tais sinais, com o intuito de reconhecerem as habilidades e as competências de seu filho, o que irá repercutir na formação de sua relação afetiva.

O treinamento e o desenvolvimento das habilidades técnicas no cuidado com estas crianças passam por um significativo tempo de observação, de discussão entre os profissionais para que estas comunicações propostas por tão pequenos indivíduos possam receber seu real significado. Para alcançar tal habilidade, Romana Negri (1994) sugere que a equipe desenvolva atividades de observação dos RNs e suas mães, fora de seu horário de trabalho. Em seu livro *The newborn in the intensive care unit*, oferece um capítulo com importante discussão sobre este trabalho.

2.3 Cuidados de rotina

Os **cuidados de rotina** devem ser organizados de acordo com os estados de consciência do recém-nascido a fim de possibilitar que ele aproveite os maiores períodos de sono profundo que for possível. Isso não significa realizar todos os cuidados de uma vez, pois o agrupamento de vários procedimentos em um curto espaço de tempo pode ser mais danoso ao RNPT, principalmente se doente, do que a real duração do episódio de manuseio. Alterações na pressão sistólica e na pressão arterial média, bem como instabilidade cardiorrespiratória, correlacionam-se de forma mais significativa com o número de procedimentos do que com sua duração total. O tempo total de manuseio pode ser um pouco maior, mas com menor desorganização do RN. A seguir, sugerimos algumas técnicas que a mãe poderá realizar ao cuidar de seu filho, com o auxílio do profissional de saúde.

2.3.1 Junto ao recém-nascido

a. Antes do procedimento

Observar o estado comportamental do recém-nascido e, se possível: caso esteja protestando ou chorando, consolá-lo completamente antes da realização do procedimento.	Preparar todo o material necessário.
Falar suavemente antes de tocá-lo, observando as “pistas” fisiológicas e comportamentais do RN.	Posicionar e dar contenção elástica, convidando sempre que possível a mãe ou pai do RN.
Evitar mudanças súbitas de postura ou realizá-las com o RN bem aconchegado em flexão e com as mãos próximas à boca.	Oferecer consolo, se necessário.
Sempre avaliar a possibilidade de realizar os cuidados em dupla, pois o RN precisa de apoio durante todo o procedimento.	
Converse sempre com o RN antes do procedimento, informando-o do que será realizado. Preferencialmente a mãe e/ou o pai deverão estar presentes nesta “conversa” para também receberem estas informações.	

b. Durante o procedimento

Minimizar todos os outros estímulos.	Executar o procedimento em etapas, permitindo a recuperação fisiológica (FR, FC e Sat O2) e comportamental.
Utilizar posicionamento de conforto, como o decúbito lateral e a posição canguru.	Agrupar os procedimentos ou executá-los de forma contínua, lenta e gentil, porém eficiente, intercalando períodos de descanso individualizados pelas respostas do RN.
Usar estratégias para o manejo do estresse e da dor.	Dar suportes necessários – sucção não nutritiva, contenção elástica, enrolamento.

Quando um procedimento que causa diminuição da oxigenação é logo seguido por outro, o período de hipoxemia é maior e a capacidade de recuperação espontânea fica diminuída.

c. Após o procedimento

Continuar posicionando e dando contenção por dez minutos ou até o RN ficar estável, com recuperação da FC, da FR, da Sat O₂ e do tônus muscular.

Evitar o uso de outros estímulos concomitantes desnecessários.

2.3.2 Junto ao ambiente

- ▶ Torne o ambiente da UTI neonatal mais acolhedor possível.
- ▶ Manipule minimamente.
- ▶ Controle a incidência de luzes sobre o RN.
- ▶ Diminua o ruído em volta do RN.
- ▶ Posicione o RN com equilíbrio entre posturas flexoras e extensoras.
- ▶ Racionalize a manipulação do RN (agrupe coletas de sangue).
- ▶ Evite duplicação de tarefas.
- ▶ Use o mínimo de fitas adesivas.
- ▶ Otimize a monitoração não invasiva.
- ▶ Desloque o profissional mais habilitado para o cuidado do RN mais instável.
- ▶ Estimule o contato com os pais.
- ▶ Higienize as mãos antes e após qualquer manuseio com o paciente e com toda sua ilha de assistência.
- ▶ Realize medidas não farmacológicas em conjunto, inclusive contando com o apoio da família.
- ▶ Realize intervenções mais invasivas, como aspiração de tubo endotraqueal, sempre acompanhado de outro profissional, ou convide os pais do RN, cuja ação será dar suporte e apoio a ele.
- ▶ Intervenções para diminuição do estresse e da dor podem ser encontradas no capítulo sobre avaliação e manejo de dor e estresse. (Módulo V, cap.4)

2.4 Os cuidados com a pele

Ao nascer, o pH da pele do RN é quase neutro. A formação do manto ácido dentro do estrato córneo leva dias ou semanas após o nascimento (pré-termo ou a termo). Em geral, com cerca de 30 dias, o pH da pele do RN é semelhante ao do adulto, entre 4,0 e 6,0.

Sabemos que os cuidados especiais com a pele dos RNPT incluem banho, limpeza, termorregulação, manipulação dos cateteres venosos e cintas adesivas, sempre visando a melhor formação do manto ácido, a permeabilidade vascular, a manutenção da barreira cutânea, a prevenção de infecção e a penetração de substâncias nocivas à sua saúde.

Contato pele a pele e infecção

A prevalência do aleitamento materno que o contato pele a pele garante já seria suficiente para compreendermos o seu papel na prevenção de infecção. No entanto, estudos comprovam que o contato pele a pele permite que a superfície corporal do RN, ou seja, sua pele, seja atapetada pela microbiota materna, o que é fundamental na construção do microbioma do RN (BOUNDY et al., 2016; CACHO; NEU, 2014). Outro trabalho interessante evidenciou a mudança de colonização de RN por *Methcillin-Oxacillin-Resustabt Staphylococcus*, após permanência deles em contato pele a pele (LAMY FILHO et al., 2015). Temos aqui referências suficientes para o apoio e o estímulo da posição canguru nas unidades neonatais, favorecendo a proteção do RN e apoiando o empoderamento parental nos cuidados com o filho.

Quadro 1 – Funções da pele

Formação do manto ácido.
Controle de infecções.
Fotoproteção à luz ultravioleta.
Atração de cuidadores.
Termorregulação.
Função antioxidante.
Discriminação tátil.
Imunovigilância.
Barreira contra a penetração de químicos.
Adaptação fisiológica às condições ambientais.

Fonte: Autoria própria.

Outra tarefa da pele é sua capacidade de sugerir aos cuidadores dados das condições clínicas do RN. Sua coloração pode facilitar diagnósticos, como nas doenças congênitas cardíacas, alterações quando estamos frente à sepse, entre outros. Dessa forma, toda atenção deve ser dispensada a qualquer procedimento ou mesmo ao cuidado realizado na superfície do corpo da criança, com o intuito de oferecer proteção ou avaliação integral durante sua estadia hospitalar.

Montagu (1988, p. 23) lembra que o sistema nervoso é “uma parte escondida da pele ou, ao contrário, a pele pode ser considerada como a porção exposta do sistema nervoso”, isso levando em conta a história embrionária comum que possuem. Trata-se, portanto, de um órgão especial para o indivíduo e, mais ainda, para o RNPT. É responsável por inúmeras trocas e vias de comunicação, entre o interior do corpo do recém-nascido e o meio externo, e participa ativamente da formação do “ego corporal”, processo inicial da formação da futura identidade e subjetividade desta pequena criança. Tratando-se do revestimento corporal do RN, oferece-lhe sensação de limite, de contorno e proteção psíquica frente às invasões ambientais ainda desconhecidas e, muitas vezes, não prazerosas.

Jurica et al. (2016, p. 21) mostram que:

no nascimento a pele do recém-nascido pré-termo não se encontra suficientemente desenvolvida em sua funcionalidade e deve ser observada e tratada como um órgão imaturo necessitando cuidados e intervenções especiais.

Seu cuidado motra-se fundamental em face da possibilidade de ocorrência de lesões que podem facilitar o surgimento de infecções, de estresse e dor. Portanto, para além do cuidado clínico frente à imaturidade e à fragilidade decorrentes do nascimento antecipado, sua integridade deve ser meta diária da equipe.

O sistema sensorial que encontramos presente na pele do RN é extremamente responsivo a qualquer manipulação, e mesmo toques cuidadosos podem irritá-lo ou superestimulá-lo. As manipulações e as intervenções são necessárias, especialmente nas primeiras horas da criança na unidade neonatal, ou em momentos de gravidade clínica. Assim é que, na dependência de sua idade gestacional e, portanto maior ou menor maturidade fisiológica, teremos maior ou menor quantidade de intervenções, caracterizadas por maior invasão corporal da criança.

Tais manipulações, como ocorrem em um órgão extremamente sensível para dor e estresse, podem apresentar efeitos imediatos ou mesmo em longo prazo. Ranger e Grunau (2014) lembram que a pele é, inicialmente, hiperinervada e, à medida que a idade pós-natal aumenta, esta inervação epidérmica exuberante vai se retraindo. O processo da maturação fisiológica nociceptiva ocorre ao mesmo tempo em que os RNs estão sendo superestimulados e estressados. Ora, o desenvolvimento da circuitaria cerebral é influenciado pela experiência sensorial durante períodos críticos no início da vida e este fenômeno é evidente no córtex em desenvolvimento.

Fica claro, portanto, que estas experiências podem afetar a formação deste sistema nervoso em desenvolvimento, inclusive quanto à migração de neurônios neste momento evolutivo. Confirma-se com tais informações que os cuidados preocupados com o desenvolvimento que discutimos neste Manual devem percorrer as unidades neonatais, servindo como fatores de proteção às nossas crianças.

2.4.1 Zona termoneutra

Representa o nível de temperatura do meio ambiente no qual se tem uma temperatura corporal normal e uma taxa metabólica basal baixa. Com bolsas de polietileno, mantém-se a temperatura, sendo que, em RNPTBP, é uma recomendação classe IIa, pois dois estudos controlados randomizados e três relatos observacionais confirmam sua eficácia.

2.4.2 Microambiente

As perdas por radiação diminuem quando os recém-nascidos são cuidados em incubadoras de parede dupla, sendo importante o manejo adequado das portas. Aumentar a umidade das incubadoras diminuem as perdas por evaporação. As perdas de água

são 10 a 15 vezes maiores em RNPT menores de 25 semanas de gestação. A postura em flexão reduz a relação superfície/volume corporal, o que reduz perdas de calor.

2.4.3 Prevenção da perda transepidermica de água

- ▶ Colocar o RN em incubadora aquecida, mantendo zona termoneutra, monitorando-a a cada duas a três horas.
- ▶ Nos RNs menores de 1.000 g, utilizar incubadora de parede dupla e umidificada.
- ▶ Manter o RN aninhado ao leito com mínimo manuseio, minimizando a transferência de calor da superfície corporal para o meio ambiente (mecanismo fisiológico). O RN apresenta dificuldade em conservar calor com mudanças posturais frequentes.
- ▶ Manter temperatura e umidificação adequadas dos gases ofertados.

2.4.4 Prevenção de lesões de pele por adesivos

- ▶ Promover fixação adequada de cateteres gástricos, cânulas endotraqueais, acessos venosos periféricos, cateteres umbilicais, sensores de oximetria e cateteres venosos centrais, com fitas adesivas próprias para a pele sensível do RN.
- ▶ Remover os adesivos cuidadosamente, usando algodão embebido em água ou soro fisiológico.
- ▶ Evitar o uso de cremes e loções.
- ▶ Nos RNs extremamente pré-termo, evitar a utilização de eletrodos na região torácica.
- ▶ Realizar a troca das fixações somente quando os adesivos estiverem descolados ou na retirada do dispositivo.
- ▶ Utilizar a menor quantidade possível de adesivos para fixação de cateteres/sondas.



2.4.5 Prevenção de lesões químicas

- ▶ Antes da inserção de cateteres venosos, utilizar clorexidina aquosa nos RNs pré-termo menores de 30 semanas e/ou menores de 1.000 g, e clorexidina alcoólica nos maiores de 30 semanas.
- ▶ Após o procedimento, retirar o excesso das soluções com água estéril.
- ▶ Não utilizar esparadrapo comum ou hipoalergênico para a fixação do cateter umbilical.
- ▶ Evitar adesivos, utilizando apenas o fio. Caso seja necessário fixar, utilizar apenas curativo hidocoloide.

2.4.6 Algumas recomendações

- ▶ Recomendar desinfecção da pele antes de procedimentos, utilizando soluções antissépticas de acordo com as recomendações da CCIH da unidade neonatal.
- ▶ Aplicação e remoção de adesivos: apenas utilizar pedaços pequenos, apoiar com algodão e não retirar em 24 horas. Remoção lenta com água morna, algodão, óleo mineral ou emolientes.
- ▶ Controlar a perda de água transepidermica de incubadoras com parede dupla, umidade de 80% a 90%.
- ▶ Pele lacerada, ou visivelmente ressecada, aplicar solução salina estéril e emolientes.
- ▶ Dermatite da fralda: tomar os mesmos cuidados que se têm com as crianças de mais idade.

2.5 Banho

O banho caracteriza-se por um alto nível de manipulação da criança. Essas manipulações podem produzir diversas reações no RNPT, como estresse, comportamento de retraimento, choro, além de respostas fisiológicas, como aumento ou queda de saturação, hipotermia. Assim:

- ▶ A higiene corporal está contraindicada em neonatos internados em UTI neonatal.
- ▶ Deve restringir-se à higiene ocular, da cavidade oral e do períneo.

Recomendações:

- ▶ Banho: em menores de 26 semanas, apenas limpeza com água estéril, sem friccionar.
- ▶ Banho de imersão apenas em maiores de 34 semanas.

O banho dos RN da UCINCa e UCINCo, que estejam hemodinamicamente estáveis, de acordo com peso e idade gestacional, deve ser apenas quando necessário, ou seja, na presença de sujidade visível de difícil remoção pela higiene corporal. Deve-se limitar a, no máximo, duas vezes por semana.

O momento do banho propicia uma série de trocas e ajustes interacionais entre o adulto e a criança; portanto, potencialmente reveladora das características da reação do RN aos tipos de manipulações e da adequação do procedimento. É fundamental que quando seja realizado, a mãe o faça ou esteja presente, no intuito de orientá-la e ajudá-la a se sentir confiante no manuseio do filho, mesmo pequeno. Antecedendo a alta hospitalar, isto é imprescindível para que ela vá para casa com orientações adequadas, o que tornará esta atividade mais prazerosa.

2.5.1 Passo a passo





- ▶ Respeitar o estado comportamental do recém-nascido: caso esteja em sono profundo, protestando ou chorando, esperar que acorde e consolá-lo completamente antes da realização do procedimento.
- ▶ Organizar todo material necessário em bancada ou mesa auxiliar.
- ▶ Higienizar as mãos.
- ▶ Solicitar a participação da mãe para o procedimento.
- ▶ Remover a fralda, retirar o excesso de fezes com algodão úmido, fazer higiene perineal. Com ajuda de uma fralda de pano ou de toalha-fralda, proceder ao enrolamento da criança, proporcionando segurança no contato com a água.
- ▶ Posicionar o RN na bacia com água morna de modo que seu corpo fique submerso até o pescoço, em ambiente fechado, evitando as perdas de calor por convecção.
- ▶ Iniciar o banho pelo rosto, sem sabão: limpar os olhos utilizando uma bola de algodão para cada olho, limpar narinas e orelhas, quando necessário, com fusos de algodão.
- ▶ Ensaboar o pescoço, os membros superiores, o tórax anterior, costas e membros inferiores sucessivamente, lembrando-se de ir retirando o enrolamento com o pano aos poucos.
- ▶ Retirar os resíduos do sabonete como a espuma.
- ▶ Ensaboar a região genital, removendo o sabão com algodão.
- ▶ Retirar o RN da banheira, enrolando-o em toalha ou pano macio, secando a pele com movimentos compressivos e suaves, sem friccioná-la.
- ▶ Colocar a fralda e, em seguida, colocá-lo em contato pele a pele.
- ▶ O tempo de banho deve ser de cinco a dez minutos.

- ▶ Quando em leito aquecido, retirar a roupa suja e limpar o colchonete com água e sabão.
- ▶ Forrar com o lençol, esticando-o bem para não formar dobras.
- ▶ Colocar o RN em posição confortável, com auxílio de coxins e rolos.
- ▶ Recolher os materiais utilizados e despejar no lixo.
- ▶ Fazer limpeza corretamente do leito.
- ▶ Lavar as mãos.

Em algumas unidade neonatal, o banho de higiene, quando realizado, é oferecido em balde.

2.6 Pesagem

2.6.1 Passo a passo





Este é um procedimento muito aguardado e esperado pelas mães, sendo muito importante sua participação.

- ▶ Higienizar as mãos.
- ▶ Fazer limpeza prévia do prato da balança com álcool a 70%.
- ▶ Colocar lençol ou outro pano que possa enrolar o recém-nascido sobre o prato da balança.
- ▶ Tarar a balança, por meio do botão específico na digital ou do peso de regulagem na manual.
- ▶ Colocar o RN despido, enrolado em lençol (com peso previamente conhecido), no prato da balança ou na área central.
- ▶ Aguardar estabilização do peso.
- ▶ Retirar o RN da balança e desligá-la.
- ▶ Fazer registro do peso, descontando o peso do lençol, quando o modelo da balança não oferecer o cálculo automaticamente.
- ▶ Desprezar o papel-toalha e fazer nova desinfecção do prato da balança com álcool a 70%.
- ▶ Higienizar as mãos.

Observações:

- ▶ Realizar a pesagem em dupla em RN entubados, ou em qualquer tipo de assistência ventilatória.
- ▶ Os RNs em incubadoras com balanças acopladas devem ser assim pesados, pois neste caso não há necessidade de retirada do mesmo da incubadora.

2.7 Troca de fralda e higiene perineal

2.7.1 Passo a passo





- ▶ Higienizar as mãos.
- ▶ Calçar as luvas, no caso de profissional de saúde.
- ▶ Retirar a fita adesiva da fralda com delicadeza, devido ao ruído excessivo.
- ▶ Observar a integridade da pele
- ▶ Limpar região perineal de dentro para fora, com algodão umedecido em água morna.
- ▶ Limpar região perianal e nádegas, lateralizando o RN – nunca elevar seus quadris pelas pernas.
- ▶ Secar a pele com ajuda de panos macios ou algodão.
- ▶ Utilizar pomadas ou cremes, quando indicado e prescrito.
- ▶ Colocar fralda limpa, observando o tamanho apropriado.
- ▶ Posturar o recém-nascido em posição canguru ou em seu leito
- ▶ Organizar material utilizado.
- ▶ Retirar as luvas e higienizar as mãos.
- ▶ Registrar em folhas próprias quantidade, características das eliminações e integridade da pele.

Observações:

- ▶ O recém-nascido deverá ser colocado em decúbito elevado (posição anti-refluxo), devendo ser rolado lateralmente de um lado para o outro, retirando-se a fralda e fazendo a higiene. Procurar não elevar as pernas do recém-nascido, evitando assim aumentar a pressão abdominal, favorecendo o RGE e broncoaspiração.
- ▶ Quando não existir tamanho de fralda apropriado para a criança, recortar, para que não favoreça abdução exagerada do quadril.

2.8 Cuidados posturais

O cuidado postural é considerado um tipo de intervenção não invasiva que faz parte dos cuidados de desenvolvimento neurocomportamental que promove a simetria, o equilíbrio muscular e o movimento. Refere-se a propiciar e manter o conforto do recém-nascido por meio de uma postura funcional (geralmente com mais flexão e orientação para a linha média).

O suporte adequado ao RN permite que ele durma bem, encontre-se confortável para comunicar suas necessidades e possa interagir com seus cuidadores. Além disso, que esteja competente para a regulação de suas funções fisiológicas, atingir estabilidade e conservar energia.

Também é utilizado nos cuidados respiratórios a fim de melhorar a relação ventilação/perfusão e proporcionar melhor área de troca gasosa, podendo melhorar os parâmetros ventilatórios, como saturação periférica de oxigênio, volume corrente, frequência respiratória e o sincronismo toracoabdominal. Por fim, aliado a um manuseio adequado, permite melhor controle muscular com menores possibilidades de desenvolver padrões motores anormais. A observação das posturas e de sua alternância pode auxiliar também na promoção de um formato mais arredondado de sua cabeça, oferecendo harmonia em sua imagem corporal e simetria em seus movimentos e futuras explorações perceptivas.

Nenhum **posicionamento de rotina** é igualmente apropriado para todos os RNs. A chave para um ótimo suporte e posicionamento encontra-se na cuidadosa avaliação individual de forma contínua e sensível aos sutis sinais de desorganização do RN, que devem ser prontamente atendidos. Nessa avaliação, devemos estar atentos às peculiaridades clínicas (estado hemodinâmico, presença de secreção pulmonar, trabalho respiratório, ausculta pulmonar, acesso venoso etc.), ao desenvolvimento global e, também, às necessidades da família.

2.8.1 Algumas regras gerais

- ▶ A intervenção deve ser individualizada.
- ▶ Deve ser fornecida apenas a proteção necessária, **sem superproteger** o RN.
- ▶ De forma gradual, reduzir a proteção, reconhecendo a melhora clínica, o crescimento e as emergentes competências do da criança, permitindo-o lidar adequadamente com maiores demandas do meio ambiente, facilitando assim a participação do recém-nascido pré-termo ou de baixo peso nas experiências sensorio-motoras mais próximas de sua idade gestacional.
- ▶ **Equilibrar as necessidades** de contenção com as de movimentação, otimizando o desenvolvimento musculoesquelético e o alinhamento biomecânico.
- ▶ **Mudanças frequentes** na posição do RN, sempre adequadas às suas necessidades clínicas.

Na **atenção aos aspectos respiratórios**, a utilização da cabeceira elevada pode contribuir na melhora do funcionamento pulmonar em termos de oxigenação e de

frequência respiratória (JENNI et al., 1997). Em alguns recém-nascidos, pode ser necessária a manutenção do pescoço em semiextensão, retificando as vias aéreas superiores e diminuindo a resistência à entrada de ar. A hiperflexão do pescoço e do tronco deve ser evitada, pois pode comprometer a potência da via aérea superior e a excursão do diafragma.

2.8.2 Atenção ao estado comportamental

- ▶ Não mexer no RN em sono profundo (por pior que possa parecer estar a postura).
- ▶ Após posicionar, deixar o RN organizado e em estado de sono.
- ▶ Verificar o conforto do RN na postura escolhida, variando as posturas com atenção à pele e o desenvolvimento mais harmonioso do formato da cabeça.
- ▶ Manter a cabeça alinhada diminui as demandas em termos de pressão intracraniana e reduz a possibilidade de apneia obstrutiva (pode acontecer com a flexão excessiva do pescoço).
- ▶ Deixar as mãos livres e próximas ao rosto.
- ▶ Dar inibição ventral: o RN gosta de ter alguma coisa para se aconchegar ou se agarrar.
- ▶ Dar apoio para os pés.
- ▶ Dar contenção, cobrir, colocar algumas roupinhas ou mesmo enrolar o RN.

2.8.3 Atenção ao ambiente e às rotinas

Um ambiente com menos estresse e rotinas mais estáveis e mais relaxadas faz com que o RN mantenha uma postura mais fletida, sem necessitar auxílio externo. Uma das premissas dos cuidados individualizados ou contingentes, com o objetivo de facilitar o desenvolvimento do recém-nascido mostra a interação intensa do RN com o meio ambiente. Dessa forma, intervir em aspectos ambientais e nas rotinas é fundamental para que possamos oferecer a esta pequena pessoa, melhores condições para suas aquisições maturativas, cognitivas e afetivas.

2.8.4 Características das diferentes posturas

a. Supino

É uma postura bastante utilizada na UTI neonatal, pois permite facilidade de acesso e de visualização do RN. Esta posição é a única alternativa no pós-operatório imediato de cirurgias abdominais, enterocolite necrosante, fraturas, diálise peritoneal etc. No entanto, pode trazer efeitos não desejados ao RN, tais como: hiperextensão de pescoço, elevação de ombros, retração escapular e achatamento da cabeça. Não promove flexão, permitindo maior efeito da gravidade, dificultando as atividades de linha média, sendo, inclusive, mais estressante.

Estes efeitos podem ser atenuados com o uso racional de rolinhos ou suportes, mantendo flexão e adução dos membros, trazendo-os para a linha média. A pélvis será mantida em discreta anteroversão.

É a postura recomendada na prevenção de morte súbita, pela Academia Americana de Pediatria, devendo ser utilizada na unidade neonatal, bem antes da alta, e ser fortemente recomendada para uso em casa (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2003).

b. Prono

É uma postura que recentemente passou a ser mais utilizada, pois colabora na diminuição do gasto energético, no aumento do tempo de sono com diminuição do choro e no menor número de comportamentos de estresse, independentemente do uso ou não do chamado “ninho” (GRENIER et al., 2003).

Parece ser vantajosa durante a fase aguda de doenças respiratórias, em recém-nascidos dependentes de oxigênio ou após extubação (BHAT et al., 2003). Possibilita melhora da saturação de oxigênio, possivelmente devido ao aumento da complacência pulmonar e do volume corrente, além de maior regularidade na frequência respiratória com maior sincronia nos movimentos do gradil costal (LONG; SODERSTROM, 1995; MONTEROSSO; KRISTIANJSON; COLE, 2002). Diminui episódios de refluxo gastroesofágico (RGE), esvaziamento gástrico mais rápido e menor risco de broncoaspiração.

Quando a postura prona é utilizada sem os adequados auxílios posturais, ou se a mesma acaba sendo a postura predominante, existe a possibilidade de desenvolvimento de uma postura mais “achatada”. Nela são evidentes: a retração da cintura escapular, a falta da elevação pélvica com grande abdução e rotação externa do quadril. Todas essas alterações podem afetar o desenvolvimento integral, especialmente o motor, a curto e a médio prazos.

No entanto, quando usada em conjunto com outras posturas, previne assimetrias posturais, deformidades de crânio, posturas assimétricas de tronco e até assimetria da marcha. Pode, também, favorecer o desenvolvimento motor, especialmente o controle de cabeça. A correta utilização de suportes em RNPT, de 24 a 28 semanas, em prono, prevê flexão e adução de quadris e joelhos, rotação externa de quadris e favorecimento dos comportamentos mão-boca (DOWNS et al., 1991).

Algumas possíveis desvantagens são a demora no reconhecimento de obstrução de vias aéreas superiores, retração de esterno e área subcostal, distensão abdominal. Esta posição está contraindicada em recém-nascido com quadro de distensão abdominal grave, pós-operatórios imediatos de cirurgias abdominais ou cardíacas, presença de cateter umbilical, ou qualquer situação que possa causar desconforto para o paciente.

A posição prona tem sido relacionada a um aumento na incidência da síndrome da morte súbita do lactente. Nos recém-nascidos pré-termo, a maior incidência verifica-se entre o 1º e o 3º mês de vida. Estudos recentes têm demonstrado que a posição mais segura para a criança ser colocada para dormir é a supina. Von Bodman e Poets (2007) sugerem que a posição prona, quando indicada, seja utilizada na UTI, mas que, tão logo seja possível, o RN seja colocado na posição supina.

c. Lateral



A postura lateral tem sido cada vez mais recomendada para o RN na UTI neonatal, pois encoraja movimentos contra a gravidade e o desenvolvimento do tônus postural com maior flexão e simetria. Melhora a postura dos membros inferiores e facilita a orientação mão-boca. Além disso, propicia menor número de comportamentos de estresse desde que o recém-nascido esteja com o chamado ninho.

Sua manutenção, de forma adequada, depende de suportes e rolinhos. Os membros superiores ficarão flexionados, com as mãos próximas à face, e os membros inferiores flexionados com joelhos próximos ao tronco. Caso necessário, usar faixa de pano sobre o quadril e/ou ombros para manter a posição, mas permitindo a visualização da criança. É importante para o desenvolvimento neurossensorial, psicomotor e favorece a auto-organização e a simetria.

O decúbito lateral direito assemelha-se às vantagens da postura prona em termos de um esvaziamento gástrico mais rápido. Já o decúbito lateral esquerdo parece favorecer a redução na duração dos episódios de refluxo gastroesofágico (TOBIN; CAMERON; MCCLOUD, 1997; OMARI et al., 2004).

d. Enrolamento

- ▶ Extremidades em flexão.
- ▶ Mãos próximas à boca.
- ▶ Prono: rolinho sob quadril (atenção à respiração).
- ▶ Trabalhos randomizados demonstram melhora no tônus, na postura e nas respostas comportamentais.

O enrolamento não deve ser usado em neonatos com risco de luxação do quadril e deve ser firme o suficiente para não permitir o deslocamento do tecido usado, a fim de evitar o risco de sufocamento.

Durante todas estas atividades de toque e/ou de enrolamento, devem também ser estimuladas as **oportunidades de segurar** as próprias mãos, o rosto, sua roupinha ou o dedo do cuidador. Essa é uma atividade que está presente mesmo no pré-termo extremo e favorece bastante a organização do recém-nascido.

2.9 Posição canguru ou contato pele a pele



No percurso de cuidados oferecidos ao RN, na unidade neonatal, a proposta de retorno a um contato corporal entre a criança e sua mãe, por meio da *posição pele a pele* ou *posição canguru*, possui uma importância fundamental. Trata-se de um movimento natural entre a mulher e seu filho. Ao sair de seu espaço intraútero, o RN exposto à gravidade, ao ambiente seco aeróbico, à presença de barulhos, luzes, necessita dos braços maternos para experimentar um contorno. Isso garante a permanência do cheiro, do ritmo materno, do jeito de ser daquela que agora vai lhe ensinar que é sua mãe. Nesta proximidade, descobre o rosto materno e também o peito que vai lhe alimentar. Estas experiências de contenção e ao mesmo tempo contingentes (pois privilegiam a necessidade da criança, neste momento) já inseridas nos cuidados ao nascimento do RNT são, também, desejo do nosso RNPT/BP.

A sensação provocada pela contenção viva, na temperatura adequada, a presença da respiração que balança seu corpo, ritmando os movimentos inspiratórios e expiratórios, podem ser encontradas ao ser colocado em flexão, entre as mamas maternas. Um primeiro encontro mobiliza. Há o reconhecimento aliado à novidade, para ambos, mãe e filho, seguido pela calma, relaxamento, e com frequência surge o sono compartilhado, favorecedor do desenvolvimento do recém-nascido.

Podemos dizer que a posição canguru oferece sensação de proteção, continuidade, como propõe Winnicott (1988), para o bem-estar do RN, assegurando à mãe sua competência materna para a estabilidade do filho. A *maternalidade* vai se instalando

e facilita a paternalidade, pois provoca o homem/pai para o desempenho de suas funções de cuidador, de protetor da díade e dos demais filhos que porventura existirem. Realizar a posição canguru acompanhando sua mulher nesta tarefa oferece a ele experiências que apoiam a *paternalidade*.

Soma-se a isto o fato de que o **contato pele a pele**, também chamado de **posição canguru**, é um componente importante dos cuidados voltados para o desenvolvimento. Fornece equilíbrio entre os sistemas tátil e proprioceptivo (desenvolvimento mais precoce) e os sistemas visual e auditivo (desenvolvimento mais tardio). Promove experiência de contenção, minimizando a sobrecarga de estímulos em que se encontra submerso o RN, do estresse provindo do ambiente, tendo em vista que, no contato corporal íntimo e privado com a figura materna ou mesmo paterna, estes se oferecem como mediadores entre a criança e os estímulos ambientais.

Tem um efeito positivo no aleitamento materno exclusivo na alta da criança, inclusive pela exploração tênue e sutil do RN por meio de sua boca e de suas mãos, que acariciam o peito materno. Traz resultados extremamente satisfatórios quanto ao desenvolvimento do apego, na confiança e na satisfação materna, pois possibilita à mãe o empoderamento de seu protagonismo materno (LUNDINGTON-HOE et al., 2006).

O contato pele a pele pode ser iniciado quando o recém-nascido estiver na UTI neonatal, desde que seguidos os procedimentos indicados, especialmente estabilidade clínica do RN, com boas respostas ao ser manuseado, os pais desejosos e aptos a avaliar os sinais comportamentais de seu filho. Hoje existem evidências de se colocar, em posição canguru, mesmo RN em ventilação mecânica. Jefferies (2012), com a Sociedade de Pediatria Canadense, Comitê do Feto e do Recém-Nascido, informa que não observou efeitos deletérios na estabilidade fisiológica, mesmo em RNPT de 26 semanas gestacionais, com uso de ventilação mecânica. No Brasil, já existem estudos, como o de Azevedo, David e Xavier (2011), apontando bons resultados para ambos – mãe e bebê, mesmo que no uso do ventilador.

A posição canguru pode também ter início apenas na ida da criança para a UCINCa quando a mãe retorna para acompanhamento integral de seu filho, com apoio da equipe, permanecendo com ele durante as 24 horas do dia, apesar de considerarmos que um início mais precoce oferece múltiplos benefícios.

A ida do RN para a UCINCo pressupõe a impossibilidade da participação integral da mãe nos cuidados com o filho, mas a posição canguru deve ser facilitada e estimulada sempre que ela ou o pai se encontrarem presente na unidade neonatal.

2.9.1 Preparando os pais e o recém-nascido para a posição canguru

- ▶ Informar os pais, já nos primeiros contatos, sobre a posição canguru, o que ela propõe, objetivos, conversar sobre seus critérios, como o momento de dar início ao contato pele a pele.
- ▶ Orientar os pais a organizarem-se para poderem estar disponíveis para a realização da posição canguru, estando alimentados, tendo ido ao banheiro, com o celular desligado e vestindo roupas confortáveis.

- ▶ Verificar a temperatura, lembrando que a posição canguru garante uma boa regulação térmica. A temperatura da mãe ou do pai eleva-se para garantir o aquecimento necessário para o RN.
- ▶ Avaliar a estabilidade clínica da criança.
- ▶ Retirar as roupas do RN, deixando apenas fralda descartável. Meias e touca podem ser usadas, se necessário. A cabeça é uma área grande e de pouco contato com o corpo da mãe, podendo dificultar o controle térmico.
- ▶ A não retirada da roupa do RN quando na posição canguru, não corresponde ao proposto pelo Método Canguru e também não irá oferecer à díade os benefícios que estamos apresentando. É fundamental que seja viabilizada a comunicação entre os corpos pelo contato pele a pele.
- ▶ O transporte do recém-nascido da incubadora/berço aquecido ou berço comum para a posição canguru deverá ser feita com o RN envolvido no lençol/coberta.
- ▶ Os pais devem estar com o peito desnudo.

2.9.2 Posicionando o recém-nascido



- ▶ O RN deve estar em posição vertical, de frente para a mãe ou pai.
- ▶ Colocar o RN em decúbito prono, em contato pele a pele, com a cabeça lateralizada, membros superiores e inferiores flexionados e aduzidos.
- ▶ Evitar hiperflexão e hiperextensão do pescoço e abdução exagerada do quadril.
- ▶ Envolver a díade com uma faixa, que deve ser confortável e que se mostra fundamental para a segurança da criança.
- ▶ Posicionar o RN na posição canguru, independentemente de uma roupa especial; pode ser utilizada a própria roupa dos pais, mas a faixa de segurança é indispensável.

- ▶ Evitar a hiperextensão da cabeça.
- ▶ Evitar a abdução exagerada do quadril e a extensão das pernas.
- ▶ Em posição diagonal, de lado para a mãe ou pai, cabeça na linha média, membros superiores aduzidos na linha média e membros inferiores fletidos. Envolver a díade com a faixa.
- ▶ Evitar que o nó da faixa seja localizado nas costas do adulto.

2.9.3 Posicionando a mãe ou o pai

- ▶ Garantir segurança e conforto para os pais e para o RN é fundamental.
- ▶ Com o RN bem posicionado, os pais podem deambular, conversar, fazer as refeições ou atividades que não ofereçam perigo para a criança.
- ▶ Deve haver disponibilidade de poltrona confortável para o repouso dos pais enquanto permanecem com o filho na posição canguru. Com frequência, ambos – pai-bebê ou mãe-bebê – relaxam e podem vir a apresentar sonolência, ou mesmo dormir, o que informa sincronicidade na interação. Em função disso, é fundamental que, além do uso da faixa, seja disponibilizada uma cadeira segura, o que tranquiliza tanto os pais como a equipe.
- ▶ Na UCINCa, a cama deve ter a cabeceira elevada, permitindo a ambos, mãe e RN um posicionamento confortável na realização da posição canguru.

2.9.4 O tempo de contato pele a pele

O tempo de permanência na posição canguru depende do desejo e do conforto da díade e pode ser variável. A orientação que pensamos a mais adequada em função da observação prática seria de, no mínimo uma hora, chegando até o tempo integral, caso este seja o desejo da mãe. É importante lembrar que, nos cuidados individualizados e contingentes, existe uma proposta de que o período entre os procedimentos seja de três horas, permitindo o sono em suas fases, com consequente descanso, relaxamento e bem-estar do recém-nascido. Assim, parece-nos uma medida adequada utilizar este mesmo parâmetro de permanência que passa a atender o funcionamento da criança, sem lhe exigir gastos de energia pelo tempo necessário para sua colocação e retirada da posição canguru.

Até o momento não conhecemos estudos indicativos quanto a esta recomendação, o que nos leva a utilizar a observação diária nas unidades neonatais como referência em relação a esta indicação. Num futuro próximo, esperamos contar com pesquisas criteriosas que nos permitam, com maior tranquilidade, realizar tal indicação.

2.10 Posicionamento na rede



Alguns recém-nascidos pré-termo apresentam alterações tônico-posturais que podem se beneficiar de manuseio especializado e individualizado para normalizar tônus, inibir respostas anormais e facilitar movimento normal. Esse manuseio utiliza as técnicas do neurodesenvolvimento (BOBATH; BOBATH, 1989) e depende das experiências do movimento ativo e de seu registro. Também podem ser úteis as técnicas de Integração Sensorial, na qual a integração dos *inputs* sensoriais, especialmente proprioceptivos, táteis e vestibulares, podem ser melhorados por meio da oferta controlada desses estímulos para o SNC. Um exemplo de intervenção que pode ser utilizada na unidade neonatal é o manuseio com uma rede, podendo ser feita com qualquer pano que seja macio e grande o suficiente para ser seguro pelas mãos enquanto contém o RN em posição de flexão.

A utilização de rede dentro da incubadora é uma forma não farmacológica para diminuição de dor e estresse. A rede proporciona uma reorganização tônica e comportamental do RNPT, favorece o tônus flexor prejudicado pelas posturas convencionais utilizadas na unidade neonatal. Além disso, favorece a estimulação do sistema vestibular, as reações de equilíbrio e de proteção e auxilia na integração sensorial, todos estes fatores prejudicados pelo nascimento antecipado. Também ajuda na diminuição da irritabilidade, da hipertonia e com crianças mais sensíveis e responsivas sensorialmente, que apresentam dificuldade quanto às experiências de mudanças comportamentais.



A duração desta terapia deve ser por, no mínimo, uma hora para a organização postural do recém-nascido e, no máximo, três horas diárias, lembrando sempre que, caso o recém-nascido esteja em sono profundo, é indicado aguardar que ele desperte espontaneamente.

A rede pode ser confeccionada de tecido flanelado ou *lycra*. Existem critérios específicos para o uso no recém-nascido e o início desta terapia deverá ser após 72 horas de vida, prevenindo a hemorragia intracraniana. O uso da rede dentro da incubadora deve ser estipulada em recém-nascidos com peso de até 2.000 g, que estejam estáveis clinicamente e que não estejam em uso de oxigenioterapia. Está contraindicada em crianças com refluxo gastroesofágico.

Em algumas unidades neonatais, o uso da redinha ocorre também fora da incubadora. Profissionais experientes, geralmente terapeutas ocupacionais, utilizam-na como um instrumento auxiliar no cuidado com aspectos proprioceptivos, integração sensorial, organização corporal para diminuir condutas sugestivas de baixa regulação no RN. São estas condutas que apontam risco para que, no futuro, esta criança apresente falhas em atenção, dificuldades em concentração e no manejo de sua ansiedade.

2.11 Terapia aquática



Em decorrência do grau de complexidade do ambiente de UTI neonatal, faz-se necessária a utilização de medidas terapêuticas multidisciplinares associadas ao conforto do recém-nascido, além de procedimentos de alívio da dor. A terapia aquática, ou ofuroterapia, tem como objetivo proporcionar, ao RN, organização neurocomportamental por meio do banho em imersão, no balde. Tal procedimento repercute no alívio da dor, na melhora da homeostase dos recém-nascidos, dos ciclos do sono e é essencial para o cuidado e o suporte aos RNPT. Ora, os procedimentos de alívio da dor e regulação dos ciclos do sono são essenciais para o neurodesenvolvimento,

o aprendizado, a memória e a preservação da plasticidade cerebral para a vida do indivíduo. Portanto, trata-se de um procedimento protetor para o RNPT ou de BP.

Assim como o uso de redes, a terapia aquática está indicada para RN com alteração neurocomportamental, com irritabilidade, hipertonia e que possuam dificuldade de vivenciar as mudanças comportamentais. A estimulação tátil e cinestésica proposta pela hidroterapia têm mostrado efeitos benéficos na redução da dor. Em decorrência do grau de complexidade do ambiente de UTI neonatal, faz-se necessária a utilização de medidas terapêuticas multidisciplinares associadas ao conforto do RN, além de procedimentos de alívio da dor.

O estímulo deve ser realizado em recém-nascidos normotérmicos, sem tipo de acesso venoso algum, clinicamente estáveis e com saturação de oxigênio acima de 90%.

2.11.1 Material necessário

- ▶ Termômetro clínico.
- ▶ Plástico para envolver o balde.
- ▶ Balde plástico ou *tummy tub* (balde próprio para terapia aquática).
- ▶ Água aquecida de 37°C a 37.5°C.
- ▶ Banco de apoio.
- ▶ Lençóis da criança.

Referências

ALS, H. Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): new frontier for neonatal and perinatal medicine. **Journal of Neonatal-Perinatal Medicine**, Washington, v. 2, n. 3, p. 135-147, 2009.

_____. Toward synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. **Infant Mental Health Journal**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 229-243, 1982.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Fetus and Newborn. Apnea, sudden infant death syndrome, and home monitoring. **Pediatrics**, [S.l.], v. 111, n. 4, p. 914-917, 2003.

AZEVEDO, V. M. G. O.; DAVID, R. B.; XAVIER, C. C. Cuidado mãe canguru em recém-nascidos pré-termo sob suporte ventilatório: avaliação dos estados comportamentais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 2, p. 133-138, 2011.

BHAT, R. Y. et al. Effect of posture on oxygenation, lung volume, and respiratory mechanics in premature infants studied before discharge. **Pediatrics**, [S.l.], v. 112, n. 1, p. 29-32, 2003.

BOBATH, B.; BOBATH, K. **Desenvolvimento motor nos diferentes tipos de paralisia cerebral**. São Paulo: Manole, 1989.

BOUNDY, E. O. et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. **Pediatrics**, [S.l.], v. 137, n. 1, p. e20152238, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 23 jan. 2017.

BRAZELTON, T. B. **Neonatal behavioral assessment scale**. London: William Heinemann Medical Books, 1973.

CACHO, N.; NEU, J. Manipulation of the Intestinal Microbiome in Newborn Infant. **Advances in Nutrition: An International Review Journal**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 114-118, 2014.

DOWNS, E. et al. Effect of intervention on the development of hip posture in very preterm babies. **Archives of Disease in Childhood**, [S.l.], n. 4, p. 109-115, 1991.

FELDMAN, R. et al. Skin-to-skin contact (kangaroo care) promotes self-regulation in premature infants: sleep-wake cyclicity, arousal modulation, and sustained exploration. **Developmental psychology**, [S.l.], v. 38, n. 2, p. 194-207, 2002.

GRENIER, I. R. et al. Comparison of motor self-regulatory and stress behavior of preterm infants across body position. **The American Journal of Occupational Therapy**, [S.l.], v. 57, n. 3, p. 289-297, 2003.

JEFFERIES, A. L.; CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY. Fetus and Newborn Committee. Kangaroo care for the preterm infant and family. **Paediatrics and Child Health**, [S.l.], v. 17, n. 3, p. 141-143, 2012.

JENNI, O. G. et al. Effect of nursing in the head elevated tilt position on the incidence of bradycardiac and hypoxemic episodes in preterm infants. **Pediatrics**, [S.l.], v. 100, n. 4, p. 622-625, 1997.

JURICA, S. A. et al. Skin of the very premature newborn: physiology and care. **Paediatrica Croatica**, [S.l.], v. 60, n. 1, p. 21-26, 2016.

LAMY FILHO, F. et al. Effect of maternal skin-to-skin contact on decolonization of Methicillin-Oxacillin-Resistant Staphylococcus in neonatal intensive care units: a randomized controlled trial. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 63, 2015.

LONG, T.; SODERSTROM, E. A critical appraisal of positioning infants in the neonatal intensive care unit. **Physical and Occupational Therapy In Pediatrics**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 17-31, 1995.

LUDINGTON-HOE, S. M. et al. Neurophysiologic assessment of neonatal sleep organization: preliminary results of a randomized, controlled trial of skin contact with preterm infants. **Pediatrics**, [S.l.], v. 117, n. 5, p. e909-923, 2006.

MONTAGU, A. **Tocar: o significado humano da pele**. São Paulo: Ed. Summus, 1988.

MONTERROSSO, L.; KRISTIANJSON, L.; COLE, J. Neuromotor development and the physiologic effects of positioning in VLBWI. **Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing**, [S.l.], v. 31, n. 2, p.138-146, 2002.

NARVAEZ, D. et al. The Value of using an evolutionary framework for gauging childrens well being. In: NARVAEZ, D. et al. (Ed.). **Evolution, Early Experience and Human Development: From Research to Practice and Policy**. New York: Oxford University Press, 2013. p. 3-30.

NEGRI, R. **The Newborn in the intensive care unit**. London: Karnac Books, 1994.

- OMARI, T. I. et al. Paradoxical impact of body position on gastroesophageal reflux and gastric emptying in the premature neonate. **The Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 145, n. 2, p. 194-200, 2004.
- RANGER, M.; GRUNAU, R. E. Early repetitive pain in preterm infants in relation to the developing brain. **Pain Management**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 57-67, 2014.
- THOMPSON, R. A. Emotion regulation: A theme in search of definition. **Monographs of the Society for Research in Child Development**, [S.l.], v. 59, n. 2-3, p. 25-52, 1994.
- TOBIN, J. M.; CAMERON, D. J. S.; MCCLOUD, P. Posture and gastro esophageal reflux: a case for left lateral positioning. **Archives of Disease in Childhood**, [S.l.], v. 76, n. 3, p. 254-258, 1997.
- VON BODMAN, A.; POETS, C. F. Placing preterm infants for sleep: first prone, then supine. **Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition**, [S.l.], v. 92, n. 5, p. F331-F332, 2007.
- WINNICOTT, D. **Textos selecionados da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

3 Ambiência na unidade neonatal: características, efeitos e possibilidades de intervenção



Objetivo:

- ▶ Descrever o meio ambiente na unidade neonatal e sua interação com o recém-nascido, a família e a equipe.

Conceito Básico:

Ambiência:

Compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2013).

Introdução

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013) tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. É baseada na ideia de transversalidade e indissociabilidade da atenção e da gestão, de projetos cogерidos de ambiência como um dispositivo para contribuir na mudança das relações de trabalho. Essa compreensão de ambiência como diretriz da Política Nacional de Humanização é norteadada por três eixos principais:

1. O espaço que visa à confortabilidade;
2. O espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho; e
3. A ambiência como espaço de encontros entre os sujeitos.

A proposta de tornar a ambiência das unidades neonatais em local capaz de oferecer cuidados individualizados ao RN é uma das grandes preocupações do Método

Canguru, no Brasil. Isso porque os profissionais que fazem parte dos cuidados neonatais, representados, especialmente, pelos consultores do Método Canguru, nunca desconhecem fatores deletérios do espaço intensivista no desempenho do RN, tanto durante sua internação como em seu desenvolvimento.

Assim, tem-se caracterizado por ser um grupo em constante revisão de suas práticas e preocupado com a formação de equipes capazes de contribuir com estas transformações na ambiência das unidades neonatais. Ou seja, vem provocando, na formação acadêmica de diferentes profissionais, inquietações como aquelas que passam a fazer parte dos alunos, acadêmicos, residentes ou novos pesquisadores que percorrem os espaços das unidades neonatais.

Isto traz consigo novas propostas de trabalho, pois as instituições de ensino, ao proporcionarem estágios, residência, espaço de pesquisa para terem seu reconhecimento e apoio institucional, trazem para este local grande número de pessoas sem funções delimitadas para lidar com os recém-nascidos internados. Isso se traduz por maior movimento, excesso de solicitações às crianças e às suas famílias, mudanças nas rotinas, mesmo da equipe. Um trabalho de orientação e treinamentos de sensibilização propostos pelo Método Canguru são indispensáveis para este grupo, juntamente ao acompanhamento e às orientações criteriosas.

3.1 Fatores que preocupam o Método Canguru na ambiência das Unidades Neonatais

Quando o RN é levado para a unidade neonatal, encontra um ambiente extremamente diferente do que experimentava no útero materno. Mesmo naquelas unidades preocupadas com cuidado considerado humanizado, ele necessita de manuseios que ofereçam a terapêutica indicada, mas que podem lhe trazer sensações desconfortáveis. Além disso, existem fatores que não fazem parte de seu manuseio direto, mas que são capazes de acarretar sensações estressantes para qualquer criança.

Com frequência, o nível sonoro é alto e as luzes são fortes e contínuas nas unidades neonatais. A fala dos profissionais durante os procedimentos para solicitação de materiais, exames, orientações, comumente ultrapassa os limites sonoros ditos saudáveis, transformando-se em ruídos.

O espaço na incubadora, o uso de determinados aparelhos ou mesmo contenções inadequadas nem sempre permitem sua flexão ou mesmo posturas espontâneas. A ação da gravidade impede muitos de seus movimentos como, por exemplo, levar o dedo à boca para sugar e se organizar, conduta esta que denota uma ação autoprotetora do próprio RN. Além disso, a experiência da pele agora seca, não mais cercada pelo líquido amniótico, recebe contato de dedos e mãos enluvadas, fraldas, tecidos de lençóis, com estímulos táteis até então desconhecidos e pouco agradáveis.

São muitos os manuseios, tanto para os cuidados de rotina quanto para procedimentos intrusivos e até dolorosos, muitas vezes sem o uso de estratégias para a diminuição do estresse e da dor. Geralmente, são imprevisíveis, podem ocorrer a qualquer hora, de acordo com as necessidades da equipe de saúde ou diante da observação

de sinais de alerta no RN. Ademais, estas intervenções recebem influência da maior ou menor habilidade de cada um dos cuidadores e muitas vezes respondem mais ao tempo de organização da equipe que ao tempo indicado pelo sono ou relaxamento do RN.

Acresce-se a isso o fato de que, em muitas unidades neonatais, o número de RN internados ultrapassa o confortável para eles mesmos e para as equipes de trabalho. Com isso, temos a diminuição do tempo da equipe para a dedicação a cada um dos RN.

Stern (1992) ajuda-nos a ampliar esta discussão a partir do que conceitua como percepção amodal. Para este autor, o recém-nascido toma uma informação recebida em uma modalidade sensorial e, de alguma maneira, a traduz para outras modalidades sensoriais. Ou seja, para nosso RN, com sua incipiente organização perceptiva-sensorial, um ou mais estímulos coincidentes, mesmo não aversivos, podem representar um excesso em sua capacidade de regulação. Ou seja, podem determinar respostas e reações simultâneas, intensas, capazes de levá-lo à exaustão. Podemos pensar, portanto, que o RNPT muitas vezes reage com grande “gasto energético” aos estímulos oferecidos diretamente ou provenientes de seu ambiente, o que pode refletir negativamente, em termos fisiológicos, no desenvolvimento de seu SNC e mesmo em seu processo interacional.

Uma forma de proteção que o RN encontra para fazer frente a tantos estímulos chama-se “habituação”. Como aponta Brazelton (1988), a partir do segundo ou terceiro dia de internação, o recém-nascido apresenta um decréscimo de respostas aos estímulos que recebe, mostrando um aumento em seu “limiar de sensibilidade” ao meio ambiente. É fundamental termos esta informação para podermos diferenciar a utilização de mecanismos protetores, por meio de uma conduta espontânea do RN de um momento de cansaço frente a tantas solicitações.

Estes dados nos deixam mais atentos a temas cada vez mais presentes em discussões relativas ao desenvolvimento dos recém-nascidos pré-termo quanto à sua integração sensorial. São muitos os autores e clínicos que apontam alterações nesta área, nesta população. Como dizem Lejeune et al. (2016, p. 1):

[...] Uma melhor compreensão da influência da exposição precoce do ambiente hospitalar nas habilidades sensoriais da criança pré-termo, pode nos ajudar a adaptar este ambiente sensorial e repleto de estímulos no período neonatal a ajudar em seu desenvolvimento neurológico.

Como dissemos, o Método Canguru, no Brasil, desde seus primórdios, tem se preocupado com tais questões e provocado grandes discussões em seus treinamentos e formação de pessoal, conseguindo com isso modificar e redefinir padrões nas unidades neonatais. No entanto, reconhece tratar-se de uma área a ser sempre muito cuidada. No momento atual, é fundamental que passemos a acrescentar, em nossos encontros e diretrizes, as descobertas das neurociências e da epigenética, que apontam para a importância das experiências iniciais dos bebês, o jogo que estas desenvolvem com aspectos genéticos e afetivos no momento presente e no futuro.

Durante a leitura deste capítulo, será impossível, ao leitor familiarizado com a posição canguru, não realizar inferências sobre sua adequação terapêutica e estratégica como indicada para os cuidados voltados a *neuropsicoproteção* do recém-nascido. Sugerimos que o leitor permita, ao longo a leitura, que imagens da postura, da colocação do RN no peito dos pais, bem como dos braços destes o segurando, acompanhem suas reflexões.

3.1.1 O suporte teórico

Heidelise Als (1982), por meio de sua teoria síncrono-ativa, baseada na observação criteriosa dos recém-nascidos, na compreensão de seus momentos evolutivos durante a internação e no apoio de grupos e profissionais nas unidades, foi grande facilitadora para as diferentes mudanças nos cuidados intensivos neonatais. Outra participação significativa, inclusive presencial, foi a de Elvidina Adamson-Macedo et al. (1997), com discussões sobre sua observação e intervenção com as crianças, as possíveis implicações neuropsicoimunológicas a partir de um cuidado delicado e sensível para com os recém-nascidos, apontando também para questões do ambiente de cuidado em unidade neonatal.

3.1.1.1 Cuidados contingentes e individualizados

Als e Gilkerson (1997, p. 165) em um artigo conjunto comentam que:

As unidades de cuidados intensivos para RN sofreram, nos últimos 15 anos, uma modificação que tem sido descrita como a mais profunda transformação que alguma vez ocorreu em cuidados neonatais. Estas enfermarias estão evoluindo 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 RN e as necessidades neurobiológicas do RN [...] os bebês prematuros são tratados na UTI neonatal numa altura em que o seu cérebro está a crescer mais rápido que em qualquer outro período da sua vida (...) 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 Como avaliar os efeitos sobre o sistema nervoso do bebê ao transitar demasiado cedo do equilíbrio relativo do ecossistema aquático intrauterino da mãe para o meio terrestre extrauterino da UTI neonatal para RN passando por cima da fase de contato corporal precoce?

Baseados nas pesquisas de Heidelise Als (1982), estes cuidados se utilizam dos sinais e das respostas do recém-nascido como ponto de partida e de modulação para que os estímulos oferecidos se comportem de forma equilibrada para a neuropsicoproteção do RN.

Conhecidos como **cuidados voltados para o desenvolvimento**, englobam várias categorias de intervenções criadas para minimizar o estresse na UTI neonatal. O conceito foi introduzido no início dos anos 80 como uma estratégia para responder a preocupações quanto ao impacto negativo do ambiente da UTI neonatal nos RNs pré-termo. Com o tempo, o conceito foi ampliado para englobar, além dos aspectos

físicos do ambiente, aqueles ditos sociais, configurando o que hoje chamamos de ambiência. O foco principal que esta autora propõe é a diminuição dos estímulos nocivos e a individualização do cuidado do neonato para que ele possa ficar estável, bem organizado e o mais competente possível.

Com isso, o recém-nascido passa a ser encarado como um ativo colaborador no seu próprio cuidado, lutando de forma determinada a continuar a trajetória de desenvolvimento iniciada no útero. Nessa abordagem, postula-se que os comportamentos dos RNs (respostas fisiológicas e pistas comportamentais) fornecem a melhor informação a partir da qual podemos modelar os cuidados. Colaborar com a criança envolve inferir, a partir de suas pistas, o que ele está buscando atingir e quais as estratégias que está utilizando. Estima-se, assim, que esta forma de suporte pode ser útil durante as intervenções dos profissionais para com os diferentes RNs, colaborando em sua organização neurocomportamental e, conseqüentemente, em seu desenvolvimento global.

Este modelo não busca apenas proteger o recém-nascido de estímulos inapropriados, hiperestimulação e procedimentos desnecessários, mas também garantir que ele seja cuidado por pessoas que o conheçam, isto é, que (re)conheçam suas formas de iniciar contato, suas competências e dificuldades. Além disso, enfoca a integração dos pais como cuidadores eficazes e parceiros no cuidado com seu filho na UTI neonatal.

Em nossas abordagens aos pais dos recém-nascidos, acreditamos que a competência parental deve ser apoiada e facilitada para que eles possam se sentir aptos no desempenho de suas funções. As informações e as orientações não possuem preocupação *educativa*. O recém-nascido necessita da espontaneidade no comportamento e nos manuseios maternos e paternos para que possa reconhecer o “jeito”, o ritmo que lhe acompanhava durante sua estada no útero materno. Ademais, são estes o jeito e o ritmo que ele continuará vivenciando quando da alta hospitalar.

3.1.1.2 O toque gentil aos recém-nascidos, o cuidado com os pais e o ambiente

Elvidina Adamson-Macedo et al. (1997) apresentaram-nos a preocupação com a “gentileza” no toque oferecido ao recém-nascido durante as intervenções. Suas palavras lembram constantemente que isso deve ocorrer “suave como o pouso de uma borboleta”⁴, mas que exigem um ambiente que favoreça esta abordagem. Comenta: “O cuidado necessário com o bebê pré-termo envolve diferentes vias – as técnicas específicas a serem utilizadas pela equipe – o cuidado dos pais e a organização do ambiente para lidar com estes frágeis bebês” (ADAMSON-MACEDO et al., 1997, p. 37).

Lembra que um ambiente estruturado com menor presença de fatores estressantes e rotinas mais relaxadas, adaptadas ao momento em que se encontra o recém-nascido, auxiliam em seu sono, na presença de posturas mais fletidas, ou seja, padrões esperados para seu momento evolutivo e facilitadores futuros em sua motricidade, bem como maior riqueza nos períodos de estado alerta ativo que o RN se encontrar. Esta autora se debruçou também a entender a psiconeuroimunologia do RNPT e,

⁴ Transmissão oral em curso sobre o Método Tic-Tac.

segundo ela, teremos um aporte significativo no processo de autoproteção destas crianças por meio das abordagens sugeridas.

Sua preocupação com a estimulação tátil dos recém-nascidos pré-termo extremos, mesmo quando ventilados, auxilia na compreensão da forma de se oferecer contato físico em seus manuseios. Baseada em sua *Tac-Tic Therapy*, sugere que a gentileza, a delicadeza, o ritmo, o equilíbrio e a continuidade são princípios norteadores da aproximação tátil com os RNs. Estes, por sua vez, requerem uma extrema disponibilidade interna do profissional, uma organização de tarefas e de tempo da equipe num ambiente o mais confortável possível.

3.2 Áreas de intervenção

3.2.1 Sono

Durante a gestação, segundo Hopson (1998), o feto com 32 semanas permanece 90% a 95% do tempo em estados de sono (profundo, indeterminado ou leve) e, quando chega próximo ao termo, permanece 85% a 90% nesses estados (profundo e leve). Na unidade neonatal, o quadro, em geral, é completamente diferente:

- ▶ RNPT mudam seu estado comportamental 6 vezes/hora, sendo 78% das vezes associado ao manejo da enfermagem ou dos ruídos ambientais.
- ▶ Recém-nascido na UTI neonatal, durante duas horas de observação, segundo a investigação de Holditch-Davis et al. (1995); Holditch-Davis (1998) apresentou 14 mudanças de estado, sendo duas espontâneas, três em resposta a ruído, sete após procedimentos médicos ou de enfermagem e dois em resposta ao toque interacional.
- ▶ Recém-nascidos pré-termo são perturbados, em média, mais de 130 vezes por dia (BADA et al., 1990), levando a uma duração média do sono (sem ser perturbado) de quatro a dez minutos (WEIBLEY, 1989). Estes distúrbios do sono podem repercutir na vida adulta (BJÖRKQVIST et al., 2014).

O RNPT, durante sua permanência na unidade neonatal, tem dificuldade em completar um ciclo de sono, pois adormece no sono leve e demora cerca de 30 minutos para atingir o sono profundo (que dura até 20 minutos), necessitando, assim, ficar de 60 a 70 minutos sem ser perturbado, a partir do momento em que adormeceu.

Portanto, em face da importância dos estados de sono para o desenvolvimento cerebral, a modificação nos cuidados para garantir uma duração de sono próxima à do útero deveria ser essencial no cuidar na UTI neonatal, tanto por parte da equipe quanto pelos pais.

Quadro 1 – Intervenções para promover o sono

Agrupar os cuidados de forma contingente, ao redor dos ciclos de sono.
Ter consistência no cuidar (sempre que possível, os mesmos cuidadores).
Diminuir o número de contatos do cuidador com o recém-nascido (o sono profundo só aumenta quando o RN está só).
Diminuir o estresse do cuidar e dos procedimentos de rotina.

Continua

Conclusão

Evitar períodos de hiperexcitação e exaustão.
Manter um ambiente visual e auditivo mais tranquilo.
Estimular contato dos pais, de acordo com as pistas da criança*.
Estimular a posição canguru**.
Estabelecer um padrão confiável e repetitivo de transição para o sono:
Em prono ou decúbito lateral, na incubadora.
Com limites, bem próximo ao corpo, ou enrolado, sem estimulação extra.
Caso necessário, usar contenção com ambas as mãos, retirando uma de cada vez quando o RN adormecer.
Alguns RN se beneficiam do colo até adormecer e, depois, são transferidos para a incubadora.
Alguns RN apreciam música cantolada pela mãe e adormecem melhor.

Fonte: (LUDINGTON-HOE et al., 2006).

* Frente à estimulação menos ativa e mais social dos pais: no início de vida, os RNPT dormem mais; à medida que amadurecem, podem permanecer, por períodos, acordados para se engajarem no processo interacional. É importante os pais conhecerem os estados de sono e sua importância para o RN, para evitar estimular/solicitar a criança quando estiver em estado de sono, e só devem se afastar da incubadora quando observarem que ele se encontra dormindo tranquilo.

** Na posição canguru ocorre aumento do sono profundo e menos despertar durante sono leve e profundo (LUDINGTON-HOE et al., 2006; AZEVEDO; DAVID; XAVIER, 2011).

3.2.2 Sensibilidade tátil

A forma de tocar o corpo do recém-nascido, seja durante uma carícia ou mesmo durante seu manuseio, tem particular importância. A sensibilidade tátil é o primeiro sistema sensorial a se desenvolver e a amadurecer. Ao nascer, o RN já apresenta sensibilidade tátil em todo o corpo e pode diferenciar toque leve em relação ao profundo. Uma vez que os reflexos cutâneos são mais pronunciados, certos toques na pele facilmente produzem também movimentos de segmentos do corpo. A exposição aos estímulos cutâneos positivos e negativos permite, após poucos dias, algum grau de aprendizado pelo RNPT, interferindo na forma de reação aos próximos contatos.

Na unidade neonatal com cuidados tradicionais, o manuseio é frequente e a maior parte da equipe subestima o número que realizou em um RN ao final do plantão. Por exemplo, RNPT com IG média de 30,7 semanas, no 1º e/ou 3º dia de vida, foram manuseados 3,45 vezes/horas/dia, o que corresponde a 28 a 71 vezes por dia (SYMON; CUNNINGHAM, 1995). O toque relacionado a procedimentos pode causar respostas adversas, tais como: hipoxemia, bradicardia, interrupção do sono, aumento da pressão intracraniana e, até mesmo, dor. Na maioria das vezes, o cuidador se afasta do RN em menos de dois minutos, porém ele continua a reagir por até cinco ou dez minutos. Daí ser fundamental oferecer toque positivo ou parado (abaixo) ou posicionar a criança de forma organizada, se possível na posição canguru após cuidados avaliados como invasivos.

Recém-nascidos a partir de 30 a 35 semanas podem aprender a associar estímulos e antecipar eventos na unidade neonatal, a partir de pistas táteis-cinestésicas, visuais e olfativas. Em experiência realizada em RNPT (média de 30,5 semanas), na qual a extremidade era elevada por dez segundos antes da realização da punção de calcanhar, demonstrou-se que o condicionamento pode ocorrer em pouco tempo (após o quinto dia da experiência) e os RNs passaram a aumentar sua frequência cardíaca tão logo a perna era elevada.

Até o toque interacional (carícias) pode ser estressante, em especial em RNPT entre 26 e 30 semanas de idade gestacional (pela sua extrema imaturidade) e em algumas crianças com mais de 32 semanas, devido ao aprendizado aversivo relacionado aos repetidos toques invasivos durante a internação na unidade neonatal.

Frente a tantas experiências táteis desagradáveis na unidade neonatal, pode-se utilizar a ideia do toque positivo (BOND, 2002), que tem por objetivo enriquecer a experiência do RNPT neste ambiente, evitando estresse agudo e/ou prolongado, aversão tátil e, até mesmo, dor. O toque positivo é realizado com o RN e não no RN, utilizando sensibilidade às pistas que ele fornece, dando, assim, maior consistência no cuidar e possibilitando um aprendizado positivo. Podemos dizer que este assim chamado toque positivo pressupõe um encontro entre o profissional e o bebê/sujeito. Acompanhando suas expressões, seus movimentos, o profissional capacitado compreende o pedido oferecido pelo corpo do RN e busca, com ele, formas de contenção corporal que permitirão seu maior conforto. Ou seja, não é um procedimento de cuidado que possa ser treinado mas que surge a partir da comunicação que se dá entre o cuidador e o paciente.

O **toque positivo – parado**, envolve a colocação das mãos paradas sobre o corpo do recém-nascido, usando toque firme e com pressão constante. Uma mão envolve a cabeça, a outra contém os pés ou as mãos. Não existe restrição de movimentos do corpo do RN pois a postura das mãos deve mostrar flexibilidade durante o toque e não deve ser utilizado qualquer outro estímulo concomitante. Apresenta efeitos positivos (conforto) imediatos com a diminuição do nível de atividade motora e do desconforto comportamental, permitindo a ocorrência do sono profundo. Envolve aprendizado do RN, pois o efeito é maior após algum tempo de experiência (geralmente quatro dias) de toque positivo. É seguro (não afeta frequência cardíaca ou saturação de O₂) mesmo em recém-nascidos mais frágeis e reduz o gasto energético (MODRCIN-TALBOTT et al., 2003).

A **contenção facilitada, realizada com as mãos do profissional**, é outra variação do toque positivo. Utiliza contenção motora gentil dos braços e das pernas em flexão, posicionados em direção à linha média, próximos do tronco e da face, em decúbito lateral ou supino. A contenção firme, mas elástica, envia ao sistema nervoso central um fluxo contínuo de estímulos que pode competir com os estímulos dolorosos, modulando a percepção da dor e facilitando a autorregulação em procedimentos dolorosos de menor intensidade. Sua utilização em RNPT de 25 a 32 semanas de idade gestacional, durante e após punção no calcanhar, permitiu uma normalização mais rápida da frequência cardíaca, menor tempo para se aquietar e menor interrupção no sono (CORFF, 1995). Em RN de 23 a 32 semanas, durante a aspiração do TOT, houve significativa diminuição no score do PIPP (escala de avaliação da dor) (WARD-LARSON; HORN; GOSNELL, 1993). O uso da contenção facilitada em RN pré-termo de 25 a 34 semanas, durante cuidados de rotina, permitiu redução nos níveis de estresse (avaliados pelo PIPP), auxiliando na manutenção da estabilidade dos sistemas autonômico e motor e de estados comportamentais (HILL et al., 2005). A descrição desta contenção nos remete a sua semelhança com a postura proposta

para o recém-nascido, quando na posição pele a pele a qual pode e deve ser utilizada em procedimentos como coleta de exames, punção do calcanhar, por exemplo.

Em algumas unidades neonatais, ainda não é comum enrolar os recém-nascidos, assim como até algum tempo atrás também não era habitual usar rolinhos para aninhá-lo. O **enrolamento** pode ser utilizado em muitos RN, desde que eles estejam adequadamente monitorados e clinicamente estáveis. A estimulação gentil e constante que o enrolamento propicia aos receptores proprioceptivos, táteis e térmicos, fornece poderosos estímulos que podem competir com o estresse e a dor. É mais efetivo quando realizado antes de qualquer procedimento ou quando mantido na maior parte do tempo. Os membros e o quadril são mantidos em flexão e as mãos próximas à face, devendo ser garantida uma adequada excursão torácica. A sua utilização em RN de muito baixo peso, AIG, em incubadora de parede dupla, com rígido controle, permitiu uma adequada manutenção de temperatura (SHORT, 1988).

O enrolamento apresenta as seguintes vantagens (SHORT et al., 1996):

- ▶ Facilita manobras de mão à boca.
- ▶ Acalma o RN.
- ▶ Diminui a FC e aumenta a regularidade respiratória em RN a termo.
- ▶ Prolonga estados de sono durante o dia.
- ▶ Diminui sofrimento induzido pela dor.
- ▶ Diminui a gravidade e/ou o número de episódios de queda da saturação e de agitação comportamental em neonatos com BDP.
- ▶ Melhora no desenvolvimento neuromuscular em RN de muito baixo peso, quando avaliados com 34 semanas.

As orientações de toques propostos por Adamson-Macedo et al. (1997) em sua Terapia TAC-TIC também podem nos ajudar a qualificar o contato tátil com o recém-nascido na unidade neonatal. Seu intuito foi estabelecer uma técnica terapêutica tátil para com os RNPT, mas suas sugestões merecem nosso olhar cuidadoso. Para utilizar tal técnica, é necessária formação especializada, mas seus princípios devem ser valorizados. Sugere ela:

- ▶ Gentileza e delicadeza (como uma borboleta) devem ser a mensagem e a intenção que, pelas mãos, oferecemos ao recém-nascido.
- ▶ Ritmo, em que cada movimento possui a mesma velocidade, a repetição e o espaço entre os movimentos são constantes.
- ▶ Equilíbrio – alguns movimentos serão suaves e outros nem tanto, mas nenhum deles deverá superestimular ou perturbar a criança.
- ▶ Continuidade, pois uma das mãos permanece gentilmente encostada no corpo do RN, enquanto a outra realiza o cuidado. Com certeza, isso significa que os manuseios devem ser realizados em parceria – outro profissional ou, sempre que possível, com a participação de um dos pais.

3.2.3 Estímulos vestibulares

Durante sua permanência na unidade neonatal, o recém-nascido recebe poucos estímulos vestibulares e, além disso, a função vestibular poder ser afetada pelo uso de antibióticos aminoglicosídeos (gentamicina e ampicilina). Alguns podem apresentar não apenas anormalidades na testagem vestibular, como também atraso no controle da cabeça. Estimulação vestibular suave pode ajudar a consolar o neonato e auxiliá-lo no despertar e na manutenção do alerta (por intermédio das conexões vestibuloculares). Movimentos mais lentos tendem a aquietar a criança e os mais rápidos, irregulares, favorecem o despertar. A estimulação vestibular encontra-se muito presente durante a **posição canguru**, especialmente pelo movimento do corpo materno (e paterno). Este é mais um motivo para seu uso, com a preocupação da faixa para que os pais possam se movimentar, caminhar, inclusive embalar com suavidade a criança que se encontra sobre o seu peito.

3.2.4 Ambiente sonoro

O som pode ser medido em termos de frequência (graves/agudos), utilizando ciclos por segundo ou Hertz (Hz). O conhecimento da frequência de determinados sons é importante porque influencia sua capacidade de penetração nas diferentes estruturas auditivas.

A intensidade do som (mais alto/mais baixo) também pode ser medida por meio de uma escala logarítmica cuja unidade é o decibel (dB). A escala em dB(A) é a mais usada para descrever níveis sonoros conforme soariam ao ouvido humano, pois leva em consideração o fato de os seres humanos não escutarem bem os extremos de frequência (a maioria das informações utilizadas pelos seres humanos encontra-se na faixa de 125 Hz a 4.000 Hz).

Por não ser uma escala linear, um local com 75 dB(A) de ruído é percebido como quatro a oito vezes mais ruidoso que outro com 55 dB(A). Cada aumento de 10 dBA é percebido pelo ouvido humano como uma duplicação da intensidade sonora percebida.

3.2.4.1 Ambiente sonoro da Unidade Neonatal

A maioria das unidades neonatais não foi construída para ser um ambiente tranquilo. As prioridades do *design* tradicional no aproveitamento do espaço e no controle de infecções, inadvertidamente, determinaram que as unidades fossem ruidosas pelo pouco espaço, atividade frenética e superfícies altamente reverberantes. As unidades apresentam níveis de ruído bastante elevados, com uma média de 77,4 dB(A) para os ruídos de fundo, com picos de ruído com média de 85,8 dB(A), aumentando bastante durante admissão, emergências, discussão de casos clínicos e passagem de plantão.

Durante 48 horas de observação em uma UTI neonatal, foram registrados 4.994 picos de ruídos, 86% entre 65 e 74 dB(A) e 90% relacionados com aspectos da atividade humana. Isso corresponde a 104 picos por hora ou 1,7 por minuto. Os ruídos de aparecimento súbito são os que mais incomodam devido à propriedade comum à fibra nervosa auditiva de sempre disparar no início de um som.

Tabela 1 – Intensidade sonora de algumas atividades na UTI neonatal tradicional

Atividade	Intensidade (dB)
Conversa normal	45 a 50
Água correndo	54
Seringa vazia jogada em lata de lixo plástica	56
Toque de telefone	49 a 66
Rádio na UTI	60 a 62
Alarme de bomba de infusão	60 a 78
Bater em uma lata de lixo metálica	62
Cadeira arrastada no chão	62
Água borbulhando em dutos do respirador	62 a 87
Abertura de embalagem plástica	67 a 86
Alarme da incubadora	67 a 96
Fechar porta ou gaveta da incubadora	70 a 95
Bater com os dedos no acrílico da incubadora	70 a 95
Deixar cair a bandeja da incubadora	88 a 117
Fechar da portinhola da incubadora	80 a 111
Colocar objeto sobre a incubadora	84 a 108
Cuidados com o RN	109 a 126
Esbarrão no corpo da incubadora	Até 140

Fonte: SAS/MS.

Como pode ser observado, apenas o item 1 (conversa normal) estaria dentro dos padrões de ruído estabelecidos como adequados. Os demais ultrapassam, e muito, o que podemos considerar confortável para o RN. Temos, portanto, de forma muito clara, o quanto este ambiente, se não for adequadamente cuidado, é desfavorável à fisiologia do RN e conseqüentemente ao seu desenvolvimento. Atividades comuns e rotineiras deste espaço facilmente invadem o conforto (aparelho auditivo) da criança.

3.2.4.2 Efeitos dos ruídos

Estão entre os efeitos fisiológicos dos ruídos em neonatos: alteração na frequência cardíaca, aumento na pressão arterial, diminuição na saturação de oxigênio, apneia (mais frequentes nas menores idades gestacionais), aumento na pressão intracraniana e possíveis efeitos neuroendócrinos e na imunidade. Além disso, a deficiência auditiva é diagnosticada em torno de 2% a 10% dos RNPT contra 0,1% da população pediátrica geral. Não se pode afastar os possíveis danos cocleares do ruído em sinergia com o uso de medicamentos ototóxicos.

Os estímulos em múltiplas modalidades: manuseio rápido, dor, luz forte, juntamente ao ruído, podem interagir sinergicamente. Um ruído moderadamente alto ocorrendo concomitantemente com uma luz forte pode originar uma resposta muito maior do que a que ocorreria num ambiente com menos luz.

A audição está intimamente interligada ao sistema de alerta, sendo muito importante para a sobrevivência, pois prepara o indivíduo para reagir ao primeiro som de perigo. Mesmo em estado de sono, um ruído abrupto pode influenciar comportamentos,

causando sustos, movimentos, alterando o estado de consciência, chegando a fazer o RN acordar e, até mesmo, levando-o ao choro. Na unidade neonatal, o alto nível de ruído, que pode acontecer quase a todo o instante, torna bastante difícil a manutenção de estados de sono, que são da maior importância para um adequado desenvolvimento do SNC.

As respostas ao estresse são individuais e refletem-se no tônus vagal e na ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Estresse crônico pode elevar tanto o nível basal de cortisol quanto o nível em resposta ao estresse. O aumento de cortisol está associado com alterações anatômicas (diminuição de neurônios) no hipocampo e alterações comportamentais e cognitivas.

Alterações na fala, problemas relacionados com a linguagem e uma ampla gama de distúrbios de aprendizagem acontecem com maior frequência em neonatos pré-termo, mesmo sem paralisia cerebral, e podem estar relacionados com a caótica experiência auditiva na unidade neonatal.

3.2.4.3 Efeitos do ambiente sonoro da UTI neonatal tradicional na atenção auditiva

O desenvolvimento normal da atenção auditiva pode ser obtido de forma mais confiável caso os sinais importantes – por exemplo, a fala – estejam em um ambiente acústico que se assemelhe ao evolutivamente esperado. Além disso, o RN pode ter dificuldade para discriminar a voz materna em relação ao ruído de fundo, uma vez que, para que esta discriminação seja realizada, a voz humana deve estar cerca de 15 dB acima do ruído de fundo. Na unidade neonatal, os RNPT estão expostos a estímulos sensoriais imprevisíveis durante um período de rápido crescimento e diferenciação cerebral, que podem estar associados à dificuldade em atender ao estímulo auditivo durante e depois da internação.

A tabela a seguir compara o ambiente acústico das unidades neonatais com o que seria a experiência do feto intraútero.

Quadro 2 – Meio ambiente acústico útero *versus* unidade neonatal

FETO	RNPT
Útero grávido (típico da espécie).	UTI neonatal tradicional (atípico).
Condução no meio líquido.	Condução aérea.
Predominância de baixas frequências.	Todas as frequências (a incubadora diminui frequências da fala).
Quieto a moderadamente alto.	Alto a muito alto.
Espectro estreito de sinais linguísticos salientes*, com certo padrão, contra um ruído de fundo moderadamente competidor.	Amplo espectro de sinais não salientes, sem padrão algum, no meio de um ruído de fundo altamente competidor.
Muitos padrões repetitivos**.	Nenhum ou poucos padrões discerníveis.
Sinais estão vinculados ao ritmo circadiano e experiências multimodais organizadas (sinestésico, vestibular etc.)**	Sem ritmos circadianos, relacionados a experiências multimodais caóticas, de dia e de noite.

Fonte: Modificado de (GRAY; PHILBIN, 2004).

* Percebe-se entonação e ritmo, as vogais são mais bem percebidas e a voz materna é mais saliente que a de outras mulheres.

** Aspectos de previsibilidade.

3.2.4.4 Níveis sonoros desejáveis

O nível sonoro desejável de ruído contínuo, medido por um dosímetro⁵, de acordo com a Academia Americana de Pediatria, não deve exceder 45 dB. Esta recomendação traz consigo ênfase para que seja realizado controle no ambiente da unidade neonatal, mesmo entre as incubadoras, visando a esse nível de ruído (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1999).

Para atingir esses padrões, é necessário utilizar uma abordagem bastante abrangente. É uma mudança física e cultural que envolve alterações substanciais no *design*, revestimentos, equipamentos, mobiliário, rotinas e cuidados com o recém-nascido. Requer conhecimento, planejamento, trabalho em equipe, motivação, educação permanente e retroalimentação. Mudanças físicas na unidade após um cuidadoso planejamento pode ser um dos aspectos de mais fácil aplicação. O grande desafio está na atividade humana, principal elemento produtor de ruído dentro da unidade neonatal.

Espaços amplos são um ideal nem sempre atingível, mas o *design* da unidade deve privilegiar a utilização de salas para um número menor de bebês/famílias; áreas separadas para procedimentos burocráticos, discussão de casos, preparo de medicamentos e armazenamento; e, também, diminuição do tráfego e das atividades dentro de cada sala recém-nascidos.

Cuidados devem ser tomados para evitar a transmissão de ruído tanto do exterior do prédio quanto de um ambiente para o outro.

Deve ser ampla a utilização de materiais que possam absorver o ruído e que previnam sua reflexão de volta para o ambiente, bem como a restrição no uso de materiais altamente reflexivos.

Para diminuir a produção do ruído em cada ambiente, deve-se atentar: para pias, chão, ar-condicionado, bem como utilizar equipamentos com menor produção de ruído; modificar rotinas da unidade, que podem ser ruidosas, tais como discussão de casos ou passagem de plantão perto dos RNs; incentivar rotinas, tais como a “Hora do Psiu” (ver mais adiante); adequar o manuseio de equipamentos, da incubadora e do cuidar do RN para produzir o menor ruído possível; educar continuamente toda a equipe, incluindo pessoal de suporte (limpeza, laboratório, RX, recepção etc.); usar estratégias para informar e obter a participação das famílias.

Quadro 3 – Mudanças nos cuidados para diminuição do ruído para o recém-nascido

Problemas	Possibilidades
Manuseio da incubadora.	Não apoiar objetos sobre o tampo de acrílico, não escrever sobre ele, não bater com os dedos, cuidado no manuseio de todas as suas partes.
Ruído de água nos dutos do respirador.	Atenção e retirada frequente.
Ruído de alarmes.	Atender prontamente, desligar o som durante o manuseio, não deixar o “beep-beep” funcionando.
Choro do RN.	Atender prontamente.

Continua

⁵ Dosímetro mede constantemente os níveis de pressão sonora em relação a pequenos incrementos de tempo (segundos ou um minuto) e acumula as distribuições dos níveis que ocorrem durante um intervalo maior de tempo (uma hora).

Conclusão

Gravações, brinquedos musicais, caixas de músicas.	Não usar dentro da incubadora.
Transmissão do ruído para o RN.	Colocar o RN dentro da incubadora pode atenuar o ruído ambiental em 4 a 8 dB(A)*. Todos os orifícios devem estar devidamente vedados. Crianças em estado mais grave devem ser colocados no canto mais silencioso da UTI neonatal, o mais longe possível da pia, da porta e do telefone. Em situações especiais, podem ser utilizados protetores auriculares**.

Fonte: (GRAY; PHIBLIN, 2004).

* Resultados obtidos em incubadoras mais modernas (Air Shields, Ohmeda), nas frequências acima de 250 Hz. A média interna foi de 50,3 dB(A) (com nível externo de 56 dBA). Em incubadoras mais antigas, o nível médio interno foi de 62 dB(A). Apresenta algumas possíveis desvantagens: bloqueia os sons da fala, deflete o som de sua origem (dificulta a localização da fonte sonora) e aumenta a reverberação do ruído do choro. Sons mecânicos e metálicos penetram com facilidade dentro da incubadora. Numa UTI muito silenciosa, colocar dentro da incubadora pode não ser vantajoso do ponto de vista acústico, pois pode estar mais barulhenta do que o exterior.

** *Minimuffs* (Natus Neonatal Ltda), ou *earmuffs*, permite redução de 7 dB em algumas das frequências. Contudo, estes ainda são pouco estudados (DURAN et al., 2012; ALMADHOOB; OHLSSON, 2015). Podem causar alterações cutâneas (pelo adesivo) e ter uma função apenas durante breves períodos, em relação a eventos específicos (exemplo: hipertensão pulmonar).

Quadro 4 – Roteiro para conscientização/educação da equipe

Avaliar o nível de ruído inicial.
Identificar as fontes de ruído [Db(A)].
Discutir os efeitos dos ruídos, analisar vídeo com as respostas dos RNs aos ruídos.
Utilizar os conhecimentos das Teorias de Mudança.
Desenvolver protocolos de redução de ruído a partir das informações e discussões da equipe.
Utilizar a “Hora do Psiu”.
Fazer as mudanças de forma gradual, introduzindo um conceito por vez.
Usar cartazes na UTI neonatal, lembretes, panfletos.
Preparar a equipe para estar mais perceptiva e atenta aos ruídos.
Escolher uma pessoa em cada plantão para ficar responsável por alertar os demais quando o nível de ruído começar a aumentar, fazendo rodízio periódico.
Monitorizar continuamente o nível de ruído, com alarmes luminosos.
Avaliar os progressos, realizar medições intermitentes, dar retorno para a equipe.
Valorizar os resultados obtidos, mostrar os benefícios.
Apresentar os resultados em reuniões de serviço, congressos e publicações.

Fonte: SAS/MS.

A “**Hora do Psiu**”, ou “**Hora do Silêncio**” (horários de uma hora e meia de duração), na qual se procura obter uma maior tranquilidade no ambiente, pode possibilitar a diminuição nos movimentos e na PA diastólica e arterial média nos bebês na UTI neonatal (em ventilação assistida). Quando utilizada na Unidade de Cuidados Intermediários, propiciou diminuição de ruído, menos choro, mais sono, diminuição do alerta e períodos mais longos de sono sem interrupção. Esses efeitos só começam a aparecer com cinco dias de intervenção e tornam-se mais evidentes após três semanas. Foram observados, também, maior ganho de peso e diminuição mais rápida no número de apneias (STRAUCH; BRANDT; EDWARDS-BECKETT, 1993; HOLDITCH-DAVIS et al., 1995; TORRES et al., 1997).

Os possíveis benefícios da redução do ruído na unidade neonatal para o bebê/família incluem: aumento na estabilidade fisiológica; melhora na taxa de crescimento; maturação neurosensorial mais consistente e apropriada para a idade; menos problemas, em longo prazo, nas áreas de processamento auditivo, fala e linguagem; promoção do apego e da interação pais-bebê. Conforme maior número de unidades neonatais obtém um controle acústico adequado, mais fácil será avaliar a frequência e a magnitude dos benefícios citados. É importante ressaltar que não existe nenhum efeito adverso, conhecido ou proposto, que possa inibir ou limitar a adoção de medidas de controle do som.

Com a experiência da hora do silêncio, ou do “psiu”, o MC espera que ocorram novas condutas, por parte da equipe e também dos familiares quanto ao controle de ruídos nas unidades neonatais.

3.2.5 Estímulos olfativos e gustativos

3.2.5.1 Olfato

A partir de 29 a 32 semanas, o feto exibe respostas de sucção e de acordar diante de odores agradáveis, e respostas de fuga para odores aversivos. O RN a termo possui discriminação olfatória para o odor do leite humano e pode demonstrar aprendizado olfatório associativo nas primeiras 48 horas de vida.

O significado biológico da exposição a odores ainda é pouco conhecido e a proximidade do córtex olfatório dos centros que regulam estados emocionais é instigante. A exposição a odores considerados agradáveis (colostro, baunilha) aumenta a oxigenação na área olfatória do cérebro. Por outro lado, a exposição a odores nocivos (detergentes) causa diminuição na oxigenação (BARTOCCI et al., 2001).

Portanto, deve-se evitar o uso de substâncias com odores fortes ou aversivos e, quando usadas, deve-se retirar rapidamente quaisquer resquícios. O cheiro do leite da mãe do RNPT pode ser usado como um exemplo de estímulo positivo.

Uma orientação importante é solicitar aos pais que não utilizem perfumes ou artigos de higiene com odores pronunciados o que interfere na ligação olfativa, tão significativa para a proximidade e o reconhecimento do RN em relação à sua mãe.

3.2.5.2 Gustação

Desde a 32ª semana, já existe **discriminação gustativa** junto a uma sensibilidade tátil muito desenvolvida. Dessa forma, todos os procedimentos aversivos intra e periorais devem ser minimizados. A limpeza oral não deve ser feita de rotina, somente quando necessária, e o uso de luvas de látex na cavidade oral deve ser precedido de adequada limpeza com soro glicosado ou leite humano. Em situações de estimulação, podem ser usadas gotas de leite humano na cavidade oral.

3.2.6 Ambiente luminoso e visual

O nível geral de iluminação na unidade neonatal aumentou de 200 a 300 lux* para em torno de 900 lux nas modernas unidades dos anos 80 e 90, basicamente para atender às necessidades dos cuidadores. A partir dos anos 90, crescente número de

pesquisas começou a questionar esses níveis, sob uma ótica mais abrangente, que leva em conta as perspectivas do desenvolvimento do recém-nascido e a atuação dos cuidadores. Os trabalhos mais recentes mostram padrões de iluminação muito variados nas unidades, o que demonstra não haver ainda, na prática, um consenso. No entanto, de acordo com os estudos publicados até o momento, já é possível caracterizar aspectos da iluminação e do meio ambiente visual mais adequados ao desenvolvimento, sobretudo do recém-nascido pré-termo extremo.

A luz forte e contínua é um fator de estresse para o RN na unidade neonatal, pois ele não possui defesas em relação à luz ambiente. Apesar de algumas controvérsias, não parece ser um fator primário na gênese da retinopatia da prematuridade (ROP), mas pode causar aumento de atividade motora, bradicardia, interferência na consolidação ou mesmo privação do sono em RNPT. Por conta disso, muitas unidades passaram a cobrir as incubadoras com tecido, mas quase sempre ocorre a incidência de luz nos olhos do RN durante o seu manuseio e, em 22% das vezes, houve, nesse instante, queda significativa da saturação de oxigênio em RNPT pré-termo de 26 a 37 semanas (SHOGAN; SCHUMANN, 1993).

Recém-nascidos pré-termo normais avaliados na idade pré-escolar demonstram grande heterogeneidade cognitiva e muitos apresentam déficits sutis na acuidade visual e alterações visoespaciais e de funcionamento visomotor. Essas alterações podem predizer dificuldades no aprendizado da leitura, do soletrar e da escrita, bem como dificuldades em aritmética e nas habilidades adaptativas na idade escolar. Entre as possíveis causas dessas alterações, encontram-se: infecção, asfixia e hipoxemia. No entanto, os efeitos coadjuvantes do meio ambiente (luz, entre eles) não podem ser afastados.

Há algum tempo, existe o consenso de que a exposição do RNPT à luz forte e contínua na UTI neonatal é inapropriada, tendo, então, surgido a recomendação de que ele fosse cuidado continuamente em um ambiente com um baixo nível de iluminação. Recentemente, surgiram críticas a essa abordagem, com o argumento de que manter a criança no escuro pode privá-lo de informações do ciclo dia/noite a que ele estava submetido durante a gestação. No útero, o feto está exposto a várias pistas maternas que podem sincronizar seu relógio biológico aos ciclos de luz externa. Na UTI neonatal, o RN pode sofrer influências da luz porque, a partir da 25ª semana de idade gestacional, o relógio biológico parece estar funcionalmente inervado pela retina.

Alguns estudos sugerem que o cuidar dos recém-nascidos em um ambiente constantemente escuro não melhoraria o seu padrão de sono. Outros estudos, usando ciclos de luz, imitando dia e noite, tentaram mostrar algumas vantagens sob o ponto de vista do seu desenvolvimento, mas falhas metodológicas tornaram os achados questionáveis. No entanto, estudos mais bem delimitados dos padrões de repouso/atividade (provavelmente o primeiro índice de desenvolvimento da ritmicidade circadiana) mostraram a presença mais precoce desse ritmo circadiano em recém-nascido pré-termo submetidos ao regime de ciclos de luz/escuro em relação àqueles cuidados na semiescuridão contínua.

A **utilização dos ciclos dia/noite** na UTI neonatal e nas UCINCo e UCINCa tem sido recomendada por especialistas e por instituições como uma forma de beneficiar o desenvolvimento dos RN. Apesar de ser uma área com muitas pesquisas ainda em andamento e com alguns aspectos de seus efeitos ainda não totalmente conhecidos, não foram relatados aspectos danosos dessa prática.

Hoje, vivencia-se uma fase de revolução no *design* das unidades neonatais, mas o meio ambiente visual ótimo para os RNPT ainda está sendo definido. Portanto, os projetos de iluminação de unidades reformadas ou novas devem ser flexíveis o bastante para se adaptar a futuras demandas.

3.3 Dor

O neonato pré-termo possui plena capacidade anatômica e funcional de nocicepção, que é a detecção e a transmissão de informações sobre a presença e a qualidade do estímulo doloroso a partir do ponto de estimulação até o cérebro. Um conjunto de fatores torna o RN mais sensível ante as primeiras experiências dolorosas. Muitos aspectos do meio ambiente e dos cuidados na unidade neonatal podem causar desconforto e dor para o neonato. A maioria dos procedimentos ocorre nos RN de menor idade gestacional e na 1ª semana de vida, a dor é um dos elementos mais destacados do meio ambiente da UTI neonatal e, associada a outros elementos, como luz, ruído, estímulos não contingentes, sépsis e hipoxemia, tem o potencial cumulativo de produzir um impacto negativo no desenvolvimento. Frente a tantos efeitos negativos da dor no neonato, torna-se fundamental a sua avaliação adequada. Tais fatores levaram a que, neste manual, tal tema fosse apresentado como um capítulo do Módulo de Neuroproteção (a seguir).

Referências

ADAMSON-MACEDO, E. N. et al. Systematic Gentle/Light Stroking and Maternal Random Touching of Ventilated Preterms: A Preliminary Study. **The International journal of prenatal and perinatal psychology and medicine**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 17-31, 1997.

ALMADHOOB, A.; OHLSSON, A. Sound reduction management in the neonatal intensive care unit for preterm or very low birth weight infants. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], v. 1, p. CD010333, 2015.

ALS, H. Toward synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. **Infant Mental Health Journal**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 229-243, 1982.

_____; GILKERSON, L. Apoio na área de desenvolvimento em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. **Acta Pediátrica Portuguesa**, [S.l.], v. 28, n. 2, p. 165-172, 1997.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Task Force on Newborn and Infant Hearing Loss: Detection and Intervention. **Pediatrics**, [S.l.], v. 103, n. 2, p. 527-530, 1999.

AZEVEDO, V. M. G. O.; DAVID, R. B.; XAVIER, C. C. Cuidado mãe canguru em recém-nascidos pré-termo sob suporte ventilatório: avaliação dos estados comportamentais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 2, p. 133-138, 2011.

- BADA, H. S. et al. Frequent handling in the neonatal intensive care unit and intraventricular hemorrhage. **The Journal of pediatrics**, [S.l.], v. 117, n. 1, p. 126-131, 1990. Part 1.
- BARTOCCI, M. et al. Cerebral Hemodynamic Response to Unpleasant Odors in the Preterm Newborn Measured by Near-Infrared Spectroscopy. **Pediatric research**, [S.l.], v. 50, n. 3, p. 324-330, 2001.
- BJÖRKQVIST, J. et al. Advanced sleep-wake rhythm in adults born prematurely: confirmation by actigraphy-based assessment in the Helsinki Study of Very Low Birth Weight Adults. **Sleep medicine**, [S.l.], v. 15, n. 9, p. 1101-1106, 2014.
- BOND, C. Positive touch and massage in the neonatal unit: a british approach. **Seminars in neonatology**, [S.l.], v. 7, n. 6, p. 477-486, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília, 2013.
- BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- CORFF, K. E. et al. Facilitated tucking: a non pharmacological comfort measure for pain in preterm neonates. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 143-147, 1995.
- DURAN, R. et al. The effects of noise reduction by earmuffs on the physiologic and behavioral responses in very low birth weight preterm infants. **International journal of pediatric otorhinolaryngology**, [S.l.], v. 76, n. 10, p. 1490-1493, 2012.
- GRAY, L.; PHILBIN, M. K. Effects of the Neonatal Intensive Care Unit on Auditory Attention and Distraction. **Clinics in perinatology**, [S.l.], v. 31, n. 2, p. 243-260, 2004.
- HILL, S. et al. Effects of facilitated tucking during routine care of infants born preterm. **Pediatric Physical Therapy**, [S.l.], v. 17, n. 2, p. 158-163, 2005.
- HOLDITCH-DAVIS, D. et al. Effect of standard rest periods on convalescent preterm infants. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, [S.l.], v. 24, n. 5, p. 424-432, 1995.
- _____. Neonatal sleep-wake states. In: KERNER, C.; LOTT, J. W.; FLANDERMEYER, A. A. (Ed.). **Comprehensive neonatal nursing**. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, 1998. p. 921-938.
- HOPSON, J. L. Fetal psychology. **Psychology Today**, [S.l.], v. 31, n. 5, p. 44, 1998.
- LEJEUNE, F. et al. Sound interfer with the early tactile manual abilities of preterm babies. **Scientific Reports**, [S.l.], v. 6, p. 23329, 2016.
- LUDINGTON-HOE, S. M. et al. Neurophysiologic assessment of neonatal sleep organization: preliminary results of a randomized, controlled trial of skin contact with preterm infants. **Pediatrics**, [S.l.], v. 117, n. 5, p. e909-e923, 2006.
- MODRCIN-TALBOTT, M. A. et al. The biobehavioral effects of gentle human touch on preterm infants. **Nursing Science Quarterly**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 60-67, 2003.
- SHOGAN, M. G.; SCHUMANN, L. L. The effect of environmental lighting on the oxygen saturation of preterm infants in the NICU. **Neonatal Network**, [S.l.], v. 12, n. 5, p. 7-13, 1993.
- SHORT, M. A. A comparison of temperature in VLBW infants swaddled versus unwaddled in a double-walled incubator in skin control mode. **Neonatal Network**, [S.l.], v. 17, n. 3, p. 25-31, 1988.
- _____. et al. The effects of swaddling versus standard positioning on neuromuscular development in VLBWI. **Neonatal Network**, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 25-31, 1996.

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

STRAUCH, C.; BRANDT, S.; EDWARDS-BECKETT, J. Implementation of a Quiet Hour: Effect on Noise Levels and Infant Sleep States. **Neonatal Network**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 31-35, 1993.

SYMON, A.; CUNNINGHAM, S. Handling premature neonates: a study using time-lapse video. **Nursing Times**, [S.l.], v. 91, n. 17, p. 35-37, 1995.

TORRES, C. et al. Effect of Standard Rest Periods on Apnea and Weight Gain in Preterm Infants. **Neonatal Network**, [S.l.], v. 16, n. 8, p. 35-43, 1997.

WARD-LARSON, C.; HORN, R. A.; GOSNELL, F. The efficacy of facilitated tucking for relieving procedural pain of endotracheal suctioning in very low birthweight infants. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, [S.l.], v. 29, n. 5, p. 658-665, 1993.

WEIBLEY, T. T. Inside the incubator. **MCN: american journal of maternal child nursing**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 96-100, 1989.

4 Avaliação, prevenção, tratamento e consequências da dor e do estresse no recém-nascido

Objetivos:

- ▶ Discutir conceitos relacionados à dor e ao estresse no RN, buscando oferecer informações sobre os estudos atuais relativos ao tema.
- ▶ Apresentar estratégias de avaliação da dor nas unidades neonatais.
- ▶ Sugerir medidas capazes de diminuir estresse e dor nos RNPT em unidades neonatais.

Conceitos Básicos:

Dor: um estímulo somático ou visceral desagradável, associada com lesão tecidual real ou potencial (ANAND et al., 2006).

Estresse: um distúrbio do equilíbrio dinâmico entre o indivíduo e seu ambiente, que resulta em uma resposta fisiológica (ANAND et al., 2006).

Resposta à dor ou ao estresse: é a resposta fisiológica que ocorre devido a estímulos dolorosos ou condições estressantes, caracterizada por alterações em quatro domínios (endócrino-metabólico, autonômico, imunológico e/ou respostas comportamentais) (ANAND et al., 2006).

Analgesia: é a ausência ou a redução de dor, na presença de um estímulo que normalmente seria doloroso (ANAND et al., 2006).

Controle da dor: é a redução na intensidade e/ou na duração da dor (ANAND et al., 2006).

Introdução

A dor no RN é um fenômeno onipresente. Mesmo os RNPT saudáveis experimentam dor nos primeiros dias de vida, com procedimentos de rotina, como administração de vitamina K e coleta de amostra sanguínea para triagem metabólica. Já os neonatos admitidos em unidade de terapia intensiva são submetidos a numerosos procedimentos dolorosos por dia, a maioria dos quais sem medidas preventivas efetivas. Eles são constantemente expostos a dor, desconforto e estímulos prejudiciais, de intensidade variável, como procedimentos cirúrgicos, inserção de tubos, sondas e drenos, coleta de sangue, punções vasculares, ventilação mecânica e condições clínicas associadas a dor prolongada. Mesmo os procedimentos diários aparentemente inócuos, como troca de fraldas, pesagem, verificação de sinais vitais e remoção de adesivos, podem resultar em estímulos dolorosos, se não forem realizados de maneira a atender ao nível de desenvolvimento do RN, sendo experimentados como invasão à sua pele, ao seu corpo, à sua tentativa de alcançar equilíbrio e homeostase (CARBAJAL et al., 2008).

As questões sobre percepção, controle e prevenção de dor no RN foram negligenciadas por décadas. A incapacidade de uma adequada avaliação dos profissionais na observação do recém-nascido, especialmente quanto a suas formas de manifestar dor e desconforto, contribuiu significativamente para a negação da importância da dor neonatal e para seu tratamento inadequado. Foi necessário um tempo de cuidados intensivos neonatais para a verificação de evidências de que o sistema de dor é intacto e funcional em RN e que eles, especialmente os RNPT, são mais sensíveis a estímulos dolorosos do que crianças mais velhas e adultos (ANAND, 1989).

Os neonatos são capazes de manifestar importantes respostas fisiológicas, comportamentais, endócrinas, vegetativas e imunes a estes estímulos, que podem ser responsáveis por desfechos neurológicos adversos a curto e a longo prazos e maior morbidade e mortalidade neonatais. A exposição precoce e repetida à dor durante um período fundamental para o desenvolvimento do sistema nervoso leva a alterações comportamentais e neurológicas persistentes (ANAND, 1998).

É direito básico de qualquer indivíduo, independentemente da idade, ter alívio da dor, mas, apesar de vasta literatura disponível, a utilização de medidas efetivas para controle da dor em recém-nascidos ainda é limitada. A prevenção e o tratamento da dor devem ser o objetivo de todos os profissionais de saúde que assistem RN (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

Embora existam lacunas no conhecimento em relação às medidas mais efetivas para prevenir e aliviar a dor neonatal, medidas comprovadas e seguras estão disponíveis e são subutilizadas. Em todos os serviços de neonatologia deve ser implantado um programa efetivo para avaliação, prevenção e tratamento da dor (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

4.1 Fisiologia da dor no recém-nascido

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (Iasp), a dor pode ser definida como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real, potencial ou descrita nos termos desta lesão. Ainda que a dor seja subjetiva, a impossibilidade de comunicação verbal não refuta a possibilidade de um indivíduo estar sentindo dor e de haver necessidade de tratamento para seu alívio (PAIN, 1979).

Para a compreensão da fisiologia da dor no RN, precisamos conhecer termos como:

Nociceção, que é a habilidade de sentir dor, causada pela estimulação de um nociceptor (PAIN, 1979).

Nociceptor é o receptor de dor em órgãos somáticos e viscerais, que podem detectar alterações mecânicas, térmicas ou químicas, acima de um determinado limiar (PAIN, 1979).

E entender seu funcionamento:

Ao ser estimulado, um nociceptor transmite um sinal ao longo da medula espinhal para o cérebro. A nocicepção desencadeia uma variedade de respostas autonômicas e pode resultar em uma experiência subjetiva de dor, compreendendo quatro estágios: transdução, transmissão, modulação e percepção (ANAND, 1989; FITZGERALD, 2005).

As vias neurais para nocicepção estão desenvolvidas no RN e a densidade de fibras dolorosas na pele é semelhante à de adultos. O estímulo nociceptivo pode ser percebido pelos receptores sensoriais cutâneos que estão presentes na área perioral do feto humano desde a 7ª semana de gestação e, em torno da 20ª semana de gestação, toda a superfície cutânea e mucosa está completamente inervada. O desenvolvimento das células do corno dorsal da medula espinhal (arranjo laminar, interconexões sinápticas, vesículas neurotransmissoras) inicia-se antes de 13 semanas de gestação e está completa por volta de 30 semanas (ANAND, 1989; FITZGERALD, 2005).

Os aferentes primários de nociceptores localizados na pele, nas mucosas, nas vísceras, nas articulações e nos tecidos conjuntivo, vascular e outros nociceptores de tecidos profundos, penetram na medula espinhal via fibras A-delta (pouco mielinizadas), fibras C (não mielinizadas) e fibras simpáticas. Esses aferentes mantêm muitas conexões nas camadas superficiais do corno dorsal da medula espinhal. Eles mantêm ligações diretas e indiretas com neurônios de projeção nas camadas mais profundas do corno dorsal que levam o estímulo doloroso às áreas supramedulares de processamento da dor no tronco encefálico, tálamo medial e posterior e diversas áreas do córtex (ANAND, 1989; FITZGERALD, 2005; SLATER et al., 2006).

No período neonatal, o crescimento cerebral é intenso. O desenvolvimento do córtex inicia-se na oitava semana de gestação, e na 20ª semana está repleto de neurônios. Os neurônios corticais sofrem arborização e estabelecem sinapses com as fibras eferentes do tálamo e conexões intracorticais. A conexão entre as fibras tálamo-corticais e as células corticais é fundamental para a percepção do estímulo sensorial, já que a maioria das sinapses da via sensorial ocorre no tálamo. Entre a 24ª e a 26ª semanas de gestação os axônios originados dos neurônios de projeção talâmica atingem o córtex somatossensorial (ANAND, 1989; SLATER et al., 2006).

Até algumas décadas atrás, pensava-se que o RN era incapaz de sentir dor devido a uma ausência de mielinização das fibras nervosas nesta fase do desenvolvimento. Entretanto, estudos demonstraram que os tratos nervosos nociceptivos da medula espinhal e do sistema nervoso central sofrem mielinização completa durante o 2º e o 3º trimestres de gestação. As vias dolorosas originadas no cérebro e no tálamo estão completamente mielinizadas em torno de 30 semanas (ANAND, 1989; FITZGERALD, 2005; SLATER et al., 2006).

As estruturas do sistema límbico e diencefalo, especificamente hipocampo, amígdala, núcleo talâmico e núcleos mamilares, já possuem integridade funcional no período neonatal. Assim, no sistema nervoso do RNPT, já encontram-se desenvolvidos os componentes anatômicos e funcionais necessários para a percepção dolorosa (ANAND, 1989; SLATER et al., 2006).

As vias descendentes inibitórias passam pelo tronco cerebral e trafegam no funículo dorsolateral da medula espinhal, com terminações no corno posterior da medula. Há um retardo na maturação dos neurônios destas vias e expressão tardia de seus neurotransmissores. A falta de inibição do estímulo nociceptivo aferente pelas vias corticais descendentes desencadeia respostas exageradas, generalizadas e desorganizadas à dor, especialmente em pré-termos. Apesar de o recém-nascido, inclusive o pré-termo, apresentar o sistema para percepção da dor bem desenvolvido, **há imaturidade das fibras inibitórias descendentes, levando a uma maior susceptibilidade ao estímulo doloroso**. A imaturidade das vias neurais inibitórias descendentes, com desequilíbrio nos mecanismos de modulação excitatória e inibitória e dificuldade de localização e discriminação do estímulo sensorial, leva à sensibilização (FITZGERALD, 2005).

A exposição a estímulos dolorosos relacionados a procedimentos resulta em excitabilidade aumentada de neurônios nociceptivos do corno dorsal da medula espinhal e acentua a sensibilidade do recém-nascido a estímulos sensoriais subsequentes, dolorosos ou não (SCHMELZLE-LUBIECKI et al., 2007).

4.2 Consequências da dor no recém-nascido

A dor está associada a alterações fisiológicas, metabólicas, hormonais e imunológicas (JOHNSTON; STRADA, 1986; ANAND; HICKEY, 1987).

Recém-nascidos submetidos a procedimentos dolorosos agudos podem apresentar:

- ▶ Taquicardia.
- ▶ Bradicardia.
- ▶ Hipertensão arterial.
- ▶ Vasoconstrição.
- ▶ Hipoxemia.
- ▶ Hipercapnia.
- ▶ Aumento na pressão intracraniana.
- ▶ Hiperglicemia.
- ▶ Desconforto respiratório.
- ▶ Apneia.
- ▶ Acidose metabólica.
- ▶ Sudorese palmar.
- ▶ Aumento do catabolismo.
- ▶ Redução na motilidade gástrica.
- ▶ Hipercoagulabilidade.
- ▶ Bloqueio da resposta imune.
- ▶ Resposta exacerbada ao estresse.

Ocorre aumento dos níveis de epinefrina, norepinefrina, cortisol, hormônio do crescimento, glucagon, aldosterona e atividade de renina plasmática e supressão da secreção de insulina.

Estas manifestações causam piora das condições clínicas neonatais, com aumento na morbidade e mortalidade. Pode, ainda, haver aparecimento ou agravamento de lesões neurológicas, como hemorragia peri-intraventricular e leucomalácia periventricular (JOHNSTON; STRADA, 1986; ANAND; HICKEY, 1987).

A exposição prolongada ou repetitiva a estímulos dolorosos em RN, particularmente nos pré-termo, está associada com alterações no desenvolvimento e resposta ao stress anormal, que podem persistir por muitos anos. Pesquisas demonstraram que RNPT expostos a maior número de procedimentos invasivos apresentaram prejuízo no desenvolvimento cerebral e somático, e nas funções cognitivas e motoras inferiores, assim como numerosas anormalidades na estrutura e na função cerebral (ANAND, 1998; SCHMELZLE-LUBIECKI et al., 2007; VINALL; GRUNAU, 2014; HATFIELD, 2014).

As experiências dolorosas dos RNs não podem ser acessadas por memória consciente, mas podem levar a alterações duradouras ou permanentes no desenvolvimento cerebral, manifestadas em diferentes estágios do desenvolvimento, dependendo do tipo, da duração e da intensidade dos estímulos dolorosos neonatais, grau de maturidade neurológica no momento em que a dor ocorre e uso de analgesia (ANAND, 1998; SCHMELZLE-LUBIECKI et al., 2007; HATFIELD, 2014).

Os RNs expostos à dor aguda por período curto desenvolvem graus significativos de hiperalgesia após lesão tecidual, o que inclui as áreas em que ocorreram as lesões (hiperalgesia primária), assim como áreas adjacentes ou remotas à lesão original (hiperalgesia secundária). Caso a dor for prolongada ou repetida, o sistema nervoso em desenvolvimento será permanentemente modificado, com alteração do processamento nos níveis medular e supramedular. O dano tecidual no período neonatal precoce causa ramificações dendríticas profundas e duradouras nas terminações nervosas sensitivas, resultando em hiperinervação que pode prosseguir para a infância e a adolescência. Assim, punções do calcanhar repetidas podem levar a distúrbios da marcha na infância; aspirações nasais e periorais repetidas podem promover síndrome de aversão oral; os sítios cirúrgicos podem se manter com maior sensibilidade à dor; e a aspiração gástrica ao nascimento pode aumentar a probabilidade de síndrome do cólon irritável ou de dor visceral na adolescência (HATFIELD, 2014).

Durante o período crítico de desenvolvimento cerebral, as influências sensoriais e ambientais podem regular as sinapses das redes neurais, que podem ser permanentemente alteradas por estímulos sensoriais anormais precoces. A experiência de dor durante o período neonatal está associada com respostas de estresse acentuadas e persistentes, déficits de aprendizado e atenção, alterações visuais, dificuldade de socialização e alterações comportamentais. Além disso, a interferência crônica no sono está associada à diminuição do tamanho do córtex cerebral (HATFIELD, 2014).

4.3 Exposição do recém-nascido a fatores de estresse e experiências dolorosas

O desenvolvimento neurossensorial e musculoesquelético de um recém-nascido, mesmo o pré-termo, está pronto para reagir a estímulos ambientais. O RN internado está exposto a estímulos luminosos e a ruídos que causam estresse. Além da luz e do ruído, os procedimentos médicos e de enfermagem necessários para assegurar a sobrevivência do recém-nascido são, por natureza, estressantes (CARBAJAL et al., 2008).

Os RNs admitidos em uma unidade neonatal, frequentemente, estão expostos a dor aguda ou prolongada de diversas origens.

A dor aguda ocorre devido a procedimentos com quebra de barreira cutânea ou lesão tecidual causada por intervenções diagnósticas ou terapêuticas: punção de calcanhar, punção venosa, aspiração traqueal, inserção de sonda gástrica, exame oftalmológico, punção lombar, inserção e remoção de dreno torácico, entubação traqueal, inserção de cateter vascular profundo, imunização, injeção intramuscular, lesões causadas por sensores transcutâneos, exames de imagem (CARBAJAL et al., 2008; SIMONS et al., 2003).

A dor já estabelecida ocorre devido a cirurgias, condições inflamatórias localizadas, tocotraumatismo.

Cuidados de rotina na unidade neonatal, como exame físico, avaliações frequentes de sinais vitais, troca de fraldas, troca de roupas, pesagem diária, banho, remoção de fitas adesivas e o manuseio excessivo, mostraram-se como causas significativas de estresse em RNPT ou criticamente doentes; representam estímulos nociceptivos de baixo grau e causam excitação de fundo do “sistema de dor” (CARBAJAL et al., 2008; SIMONS et al., 2003).

A ventilação mecânica também pode causar desconforto e dor nos recém-nascidos (CARBAJAL et al., 2008; SIMONS et al., 2003).

Embora não haja definição para dor crônica em recém-nascidos, entre os quadros clínicos associados à dor constante prolongada, estão: enterocolite necrosante, osteomielite, artrite séptica, meningite, síndrome da pele escaldada, epidermólise bolhosa, isquemia tecidual e quadros congênitos raros, como ictiose (SIMONS et al., 2003).

A identificação de dor crônica é clinicamente relevante porque interfere no crescimento do RN, prolonga a hospitalização, altera a percepção subsequente de dor e prejudica o desenvolvimento cognitivo e comportamental (SCHMELZLE-LUBIECKI et al., 2007; ANAND; HICKEY, 1987; HATFIELD, 2014).

4.4 Avaliação da dor no recém-nascido

Não existe um indicador ideal para avaliação da dor no período neonatal. No entanto, esta deve ser uma preocupação constante, devido às consequências da dor nos desfechos neonatais.

A avaliação da dor deve ser realizada rotineiramente em RN internados, como um sinal vital, pois é fundamental para o controle efetivo da dor. Esta avaliação pode ser realizada a partir da observação de indicadores fisiológicos, comportamentais e hormonais, que são exibidos por eles, em resposta a estímulos dolorosos. Alguns dados sugerem que os indicadores comportamentais refletem a dor especificamente, enquanto os fisiológicos refletem estresse fisiológico generalizado (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; BEACHAN, 2004).

4.4.1 Indicadores comportamentais

- ▶ **Expressões faciais:** contração da fronte com abaixamento das sobrancelhas, estreitamento das pálpebras ou fechamento dos olhos, nariz franzido, bochechas levantadas, boca entreaberta, lábios esticados, tremor do queixo, língua tensa ou protusa.
- ▶ **Movimentos corporais e das mãos** (rigidez e arqueamento do tórax, movimentos de flexão e extensão das extremidades, membros fixos em extensão, hipertonia, mãos espalmadas ou punhos cerrados, atitude antálgica, motricidade pobre com movimentos pouco amplos.
- ▶ **Tônus muscular.**
- ▶ **Padrões do choro.** Observação: lembrar-se de que o choro pode ocorrer também devido a outros estímulos como fome e frio.
- ▶ **Alterações no estado comportamental:** sono agitado com despertar frequente, irritabilidade, consolabilidade difícil, agitação ao contato, diminuição de interação, indiferença à estimulação, sucção contínua e exacerbada.
- ▶ **Padrão de sono.**
- ▶ **Possibilidade de consolo.**

4.4.2 Parâmetros fisiológicos e hormonais que podem ser utilizados para avaliação da dor

- ▶ Frequência cardíaca.
- ▶ Frequência respiratória.
- ▶ Pressão arterial.
- ▶ Variabilidade na frequência cardíaca.
- ▶ Padrão respiratório.
- ▶ Saturação de oxigênio.
- ▶ Pressão transcutânea de oxigênio e dióxido de carbono.
- ▶ Pressão intracraniana.
- ▶ Sudorese palmar.
- ▶ Coloração cutânea.
- ▶ Tamanho pupilar.
- ▶ Hormônios de estresse e suas ações metabólicas.

Os indicadores fisiológicos e hormonais não são específicos, e podem ser alterados por estímulos não dolorosos. As medidas de hormônios de estresse requerem coleta

de amostra para dosagem hormonal e o resultado não está disponível em tempo hábil para decisão efetiva em relação ao tratamento da dor (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

Respostas à dor são influenciadas pela idade gestacional, tipo de estímulo, estado de sono, vigília, gravidade da doença, uso de agentes farmacológicos e sua quantidade, tipo e tempo de exposição à dor (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

A avaliação da dor é difícil em RN neurologicamente comprometidos, quimicamente paralisados, não responsivos, muito doentes e pré-termo extremos. Estes RNs são submetidos a mais procedimentos dolorosos, mas a avaliação da resposta à dor nesta população, por meio dos instrumentos disponíveis, é inconsistente (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; HUMMEL; VAN DIJK, 2006).

Caso a dor seja prolongada ou repetitiva, as respostas fisiológicas e comportamentais podem estar reduzidas, transitórias ou ausentes. Os RNs, especialmente os pré-termo, têm pouca reserva energética e não podem manter uma resposta de ativação psicofisiológica à dor por período prolongado (HUMMEL; VAN DIJK, 2006).

A utilização de métodos qualitativos e subjetivos, em vez de dados quantificáveis para a avaliação da dor neonatal, resulta em inconsistências e variabilidade no tratamento da dor. A avaliação confiável da experiência dolorosa do RN é necessária para facilitar o diagnóstico preciso e selecionar o tratamento mais efetivo. A aplicação de um método objetivo para avaliação da dor melhora a qualidade de sua abordagem, evitando a ocorrência de dor sem tratamento ou a analgesia excessiva. A documentação da dor é também fundamental, porque pode haver variação na percepção de dor entre diferentes cuidadores (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; HUMMEL; VAN DIJK, 2006; BEACHAN, 2004).

4.5 Escalas para avaliação da dor no recém-nascido

As escalas disponíveis para avaliação da dor neonatal podem ser unidimensionais (um parâmetro) ou multidimensionais (parâmetros fisiológicos, comportamentais e outros). Várias escalas de avaliação multidimensionais, validadas, confiáveis e com utilidade clínica são aplicadas atualmente. Essas escalas estão baseadas em indicadores facilmente avaliados, como alterações na frequência cardíaca, padrão respiratório, pressão arterial e saturação de oxigênio. As respostas comportamentais incluem choro, alterações na expressão facial, movimentos corporais e estado de sono e vigília (CONG; MCGRATH; CUSSON, 2013).

A seleção de um instrumento apropriado e confiável para avaliação da dor neonatal é essencial para sua abordagem. Muitos métodos para medição da intensidade da dor aguda em recém-nascidos foram validados, mas outros aspectos da experiência dolorosa (por exemplo: caráter, localização, ritmo e duração da dor) não são rotineiramente avaliados em recém-nascidos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; CONG; MCGRATH; CUSSON, 2013).

Até o momento, nenhuma escala de dor pode ser considerada como padrão-ouro para avaliação da dor neonatal em todas as idades gestacionais e contextos clínicos.

Embora existam numerosas escalas para avaliação da dor neonatal, apenas cinco foram submetidas a testes psicométricos rigorosos, com os pacientes servindo como seus próprios controles e medindo suas respostas fisiológicas e comportamentais por meio da utilização da escala em questão (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

As escalas são:

- ▶ **NFCS** (*Neonatal Facial Coding System*) – Sistema de Codificação Facial Neonatal: é uma escala unidimensional para analisar as expressões faciais do recém-nascido frente à dor. É validada para avaliar a dor aguda. Considera-se dor quando três ou mais alterações da expressão facial aparecem de maneira consistente (Tabela 1) (GRUNAU et al., 1998).
- ▶ **PIPP** (*Premature Infant Pain Profile*) – Perfil de Dor no Prematuro: é um instrumento válido, sensível e específico para avaliação da dor após procedimentos agudos em RN pré-termo. Escore menor ou igual a 6 indica ausência de dor ou dor mínima, escore maior do que 12 indica dor moderada a intensa (Tabela 2) (JONSDOTTIR; KRISTJANSDOTTIR, 2005).
- ▶ **N-PASS** (*Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale*) – Escala de dor, Sedação e Agitação Neonatal: avalia o grau de sedação ou a presença de dor e agitação em crianças saudáveis, em ventilação mecânica, submetidas a procedimentos dolorosos e no pós-operatório. É também utilizada em recém-nascidos a termo e prematuros, sem perder sua validade. Deve ser aplicada antes, durante e após o procedimento. A pontuação da sedação varia de 0 a -10: escore de -10 a -5 indica sedação profunda; e escore de 5 a 2 indica sedação leve. A pontuação da dor varia de 0 a 10. Tratamento/intervenções para analgesia são indicados com pontuação maior ou igual a três. Pontos são adicionados à avaliação da dor no recém-nascido prematuro com base na idade gestacional, para compensar a capacidade limitada de expressão comportamental da dor (Tabela 3) (HUMMEL; LAWLOR-KLEAN; WEISS, 2010).
- ▶ **DAN** (*Douleur Aiguë du Nouveau-né*) – Dor Aguda do Recém-Nascido: é validada para avaliar dor aguda no RN a termo e pré-termo, mas não se aplica à dor prolongada. Considera-se dor quando a pontuação é maior do que 3 (Tabela 4) (CARBAJAL et al., 1997).
- ▶ **BIIP** (*Behavioral Indicators of Infant Pain*) – Indicadores Comportamentais da Dor no Lactente: é uma modificação recente do NFCS, com avaliação comportamental mais específica e inserida na interação entre paciente e ambiente. Considera-se dor quando a pontuação é maior do que 5 (Tabela 5) (HOLSTI; GRUNAU, 2007).

As escalas NIPS e CRIES, apesar de muito difundidas e utilizadas, com aplicação fácil e prática, não são completamente validadas de acordo com parâmetros mais rigorosos.

- ▶ **NIPS** (*Neonatal Infant Pain Scale*) – Escala de Avaliação de Dor no Recém-Nascido: é utilizada antes, durante e após procedimentos potencialmente dolorosos, em recém-nascidos a termo e pré-termo. Em recém-nascidos entubados, dobra-se a pontuação da mímica facial, sem

avaliar o choro. Considera-se dor quando a pontuação é maior do que 4 (Tabela 6) (LAWRENCE et al., 1993).

- ▶ **CRIES** (*Crying, Requires O2 for saturation above 90%, Increased vital signs, Expression and Sleeplessness*) – Escore para Avaliação da Dor Pós-Operatória do Recém-Nascido: foi desenvolvida para avaliar a dor no pós-operatório de recém-nascidos a termo e pré-termo. Caso a pontuação seja maior do que 5, sugere-se a administração de medicações para o alívio da dor (Tabela 7) (KRECHEL; BILDNER, 1995).

A maioria das escalas foi desenvolvida para avaliar a dor aguda. Métodos para avaliação da dor persistente ou prolongada não foram desenvolvidos ou validados. Durante episódios de dor persistente, os recém-nascidos exibem um estado passivo, com expressões faciais e movimentos corporais limitados ou ausentes, redução na variabilidade fisiológica e redução no consumo de oxigênio. Um desafio ao clínico é desenvolver e validar medições objetivas para dor prolongada em RNPT (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; CONG; MCGRATH; CUSSON, 2013).

Fatores contextuais, como idade gestacional e estado de organização do RN, podem desempenhar um papel significativo na avaliação da dor e têm sido incluídos em algumas escalas (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

Novas tecnologias para medida das respostas à dor tem sido investigadas, como espectroscopia de infravermelho próximo, eletroencefalograma de amplitude integrada, ressonância magnética funcional, condutância cutânea e avaliação da variabilidade da frequência cardíaca. Estas inovações são promissoras para o desenvolvimento de métodos com base neurofisiológica, para avaliar a dor processada em nível cortical, mesmo em RN sedados ou anestesiados. Caso estas medidas neurofisiológicas sejam comprovadamente confiáveis e quantificáveis, elas podem ser utilizadas no futuro para se correlacionar com as escalas para avaliação fisiológica e comportamental, para determinar as escalas mais úteis (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

É pouco provável que uma única escala seja satisfatória para avaliar a dor neonatal em todas as situações. Mais pesquisas devem ser realizadas para avaliar a intensidade da dor aguda e crônica à beira do leito, para diferenciar sinais e sintomas de dor daqueles atribuídos a outras causas e para compreender a importância das situações nas quais não há resposta perceptível à dor. Entretanto, mesmo com estas limitações, é importante escolher a escala mais apropriada para o tipo de dor avaliada (aguda, prolongada e pós-operatória) e treinar a equipe para utilizar, de forma rotineira, a escala adequada (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

A instituição de um programa para abordagem da dor aumenta a consciência da equipe de que a dor ocorre rotineiramente na unidade neonatal e que o seu controle deve ser um dos principais objetivos da assistência. O uso efetivo das ferramentas para avaliação clínica da dor requer treinamento obrigatório de toda a equipe, para melhorar a confiabilidade do interobservador e para educar a equipe em relação às limitações da escala selecionada (CONG; MCGRATH; CUSSON, 2013).

Uma sugestão é a avaliação da dor com os sinais vitais e após cada intervenção dolorosa ou analgésica. Pode ser utilizada a escala PIPP para avaliação da dor aguda

ou pós-operatória, em qualquer idade gestacional, e a N-PASS para avaliação da dor prolongada (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

Tabela 1 – Escala NFCS

Movimento Facial	Zero ponto	1 ponto
Fronte saliente	ausente	presente
Fenda palpabral estreitada	ausente	presente
Sulco nasolabial aprofundado	ausente	presente
Boca aberta	ausente	presente
Boca estirada: horizontal/vertical	ausente	presente
Língua tensa	ausente	presente
Protusão da língua	ausente	presente
Tremor de queixo	ausente	presente

Fonte: (GRUNAU et al., 1998).

Tabela 2 – Escala PIPP

	INDICADOR	Zero ponto	1 ponto	2 pontos	3 pontos
	IG (sem)	≥ 36	32 a 35	28 a 31	< 28
Observar o RN por 15 segundos. Anotar FC e SatO2 basais.	Estado de alerta	Ativo; Acordado; Olho aberto; MF presente.	Quieto; Acordado; Olho aberto; MF ausente.	Ativo; Dormindo; Olho fechado; MF presente.	Quieto; Dormindo; Olho fechado; MF ausente.
	Observar RN por 30 segundos	FC máxima	Aumento zero a 4 bpm	Aumento 5 a 14 bpm	Aumento 15 a 24 bpm
	SatO2 mínima	Redução < 2,5%	Redução 2,5% a 4,9%	Redução 5% a 7,4 %	Redução ≥ 7,5%
	Testa franzida	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
	Olho espremido	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
	Sulco nasolabial	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo

Fonte: (JONSDOTIR et al., 2005).

IG: idade gestacional; MF: movimento facial.

Tabela 3 – Escala N-PASS

Critérios de Avaliação	Sedação		Normal	Dor/Agitação	
	-2	-1	0	1	2
Irritabilidade/Choro	Ausência de choro com estímulo doloroso	Gemência ou choro mínimo com estímulo doloroso	Choro normal. Não está irritado.	Irritabilidade ou choro intermitente. Consolável.	Choro alto ou silencioso contínuo. Inconsolável.
Estado Comportamental	Ausência de resposta a qualquer estímulo.	Reação mínima a estímulos. Poucos movimentos espontâneos.	Adequado à idade gestacional.	Inquieto, se contorce. Desperta com frequência.	Chuta ou se hiperextende. Constantemente acordado. OU Dificuldade em despertar, ausência de movimentos (sem sedação).

Continua

Conclusão

Critérios de Avaliação	Sedação		Normal	Dor/Agitação	
	-2	-1	0	1	2
Expressão Facial	Boca relaxada. Ausência de expressão.	Expressão mínima com estímulos.	Relaxada. Adequada.	Qualquer expressão de dor intermitente.	Qualquer expressão de dor contínua.
Tônus dos Membros	Ausência do reflexo da pega. Tônus flácido.	Reflexo de pega fraco. Tônus muscular diminuído.	Mãos e pés relaxados. Tônus normal.	Mãos cerradas ou espalmadas de forma intermitente. Ausência de tensão corporal.	Mãos cerradas ou espalmadas de forma contínua. Tensão corporal.
Sinais Vitais FC, FR, PA, SatO2	Ausência de variação com estímulos. Hipoventilação ou apneia.	Variação < 10% nos sinais vitais basais com o estímulo.	Dentro dos valores basais ou normais para a idade gestacional.	Aumento de 10% a 20% nos sinais vitais iniciais. SatO2 76% a 85%, aumento rápido com estímulo.	Aumento > 20% nos sinais vitais iniciais. SatO2 ≤ 75%, aumento lento com estímulo. Ventilação assíncrona/briga com o respirador.

Fonte: (HUMMEL et al., 2010).

Avaliação de dor no prematuro, acrescentar pontos à escala de acordo com idade gestacional corrigida: < 28 semanas + 3 pontos; 28 a 31 semanas + 2 pontos; 32 a 35 semanas + 1 ponto.

Tabela 4 – Escala DAN

	Zero	1	2	3	4
Resposta Facial (determinar a intensidade de um ou mais dos seguintes sinais: contração das pálpebras, sulco nasolabial, testa franzida)	Normal	Ciclo de abertura e leve fechamento dos olhos.	Leve e intermitente, com retorno para o normal.	Moderada	Acentuada e persistente.
Movimentos dos membros (determinar a intensidade de um ou mais dos seguintes movimentos: pedalar, abrir os dedos e esticar as pernas, hipertonia, espasmos e reações de retirada)	Normal	Leve e intermitente, com retorno para o normal.	Moderada	Acentuada e persistente	

Continua

Conclusão

	Zero	1	2	3	4
Expressão vocal	Sem manifestação	Gemidos breves. Em RN entubados, face preocupada.	Choro intermitente. Em RN entubados, fascies de choro intermitente.	Choro alto, de longa duração. Em RN entubados, fascies de choro persistente.	

Fonte: (CARBAJAL et al., 2010).

Tabela 5 – Escala BIIP

	Pontos	Definição
Estado de sono/vigília		
Sono profundo	Zero	Olhos fechados, respiração regular, ausência de movimentos das extremidades.
Sono ativo	Zero	Olhos fechados, contração muscular ou espasmos/abalos, movimento rápido dos olhos, respiração irregular.
Sonolento	Zero	Olhos fechados ou abertos (porém, com olhar vago, sem foco), respiração irregular e alguns movimentos corporais.
Acordado/Quieto	Zero	Olhos abertos e focados, movimentos corporais raros ou ausentes.
Acordado/Ativo	1	Olhos abertos, movimentos ativos das extremidades
Agitado/Chorando	2	Agitado, inquieto, alerta, chorando.
Face e mãos		
Fronte saliente	1	Abaulamento e presença de sulcos acima e entre as sobrancelhas.
Olhos espremidos	1	Compressão total ou parcial da fenda palpebral.
Sulco nasolabial aprofundado	1	Aprofundamento do sulco que se inicia em volta das narinas e se dirige à boca.
Estiramento horizontal da boca	1	Abertura horizontal da boca acompanhada de estiramento das comissuras labiais.
Língua tensa	1	Língua esticada e com as bordas tensas.
Mão espalmada	1	Abertura das mãos com os dedos estendidos e separados.
Mão fechada	1	Dedos fletidos e fechados fortemente sobre a palma das mãos formando um punho cerrado/ mão fechada.

Fonte: (HOLSTI et al., 2007).

Tabela 6 – Escala NIPS

	Zero ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraída	-
Choro	Ausente	“Resmungos”	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Diferente da basal	-
Braços	Relaxados	Flexão ou extensão	-
Pernas	Relaxadas	Flexão ou extensão	-
Estado de alerta	Dormindo ou calmo	Desconfortável	-

Fonte: (LAWRENCE et al., 1993).

Tabela 7 – Escala CRIES

	Zero ponto	1 ponto	2 pontos
Choro	Ausente	Alta tonalidade	Inconsolável
FiO2 para SatO2 > 95%	0,21	0,21 a 0,30	> 0,30
FC e/ou PA (versus pré-operatório)	Sem aumento da FC e PA	Aumento \leq 20% FC ou PA	Aumento > 20% FC ou PA
Expressão facial	Relaxada	Careta esporádica	Contraída
Sono	Normal	Intervalos curtos	Ausente

Fonte: (KRECHEL et al., 1995).

4.6 Abordagem da dor em recém-nascidos

Em 2006, a *American Academy of Pediatrics* (AAP) e a *Canadian Pediatric Society* (CPS) publicaram diretrizes recomendando que cada unidade de saúde implantasse um programa de controle da dor neonatal. Estas recomendações incluíram: avaliar a rotina para detectar a dor, reduzir o número de procedimentos dolorosos, prevenir/reduzir a dor aguda causada por procedimentos invasivos realizados à beira do leito, antecipar e tratar a dor pós-operatória e evitar dor/estresse crônicos durante o cuidado intensivo (SHAREK et al., 2006).

Exposições à dor aguda são reconhecidas como fatores que contribuem para alteração no desenvolvimento cerebral e subsequente redução da função cognitiva (ANAND; PALMER; PAPANICOLAOU, 2013). **Uma abordagem ética na UTI neonatal deve incluir medidas baseadas em evidência e efetivas, para reduzir, controlar e prevenir a dor em RN.** Essas medidas incluem: analgesia preventiva para qualquer procedimento doloroso previsto; eliminação de estímulos nocivos ou procedimentos dolorosos desnecessários; envolver ativamente os pais para auxiliar seu filho a lidar com o procedimento; e uma combinação de intervenções não farmacológicas e de agentes farmacológicos para prevenir e reduzir a dor neonatal (SHAREK et al., 2006).

4.6.1 Analgesia para procedimentos específicos

A analgesia preventiva antes e durante procedimentos dolorosos eletivos deve ser fornecida para todos os neonatos. A analgesia geralmente inclui uma combinação de técnicas não farmacológicas e farmacológicas. Pode ser utilizada uma combinação de medidas, de forma sequencial, para os procedimentos neonatais realizados com frequência, com aumento da analgesia à medida que aumenta a intensidade da dor antecipada (SHAREK et al., 2006; LAGO et al., 2009; KRISHNAN, 2013; HALL; ANAND, 2014).

Os passos sequenciais são:

1. Controle ambiental.
2. Medidas não farmacológicas.
3. Anestésicos tópicos.
4. Administração de paracetamol.
5. Infusão contínua de opioides.
6. Infiltração subcutânea de lidocaína ou bloqueio neural.
7. Anestesia geral.

A aplicação desses passos para procedimentos invasivos à beira de leito depende das diretrizes de cada local, da escolha da equipe e do tipo de procedimento.

O Quadro 1 descreve a analgesia sugerida para os procedimentos mais comuns (SHAREK et al., 2006; LAGO et al., 2009; KRISHNAN, 2013; HALL; ANAND, 2014).

Quadro 1 – Abordagem da dor de acordo com o procedimento

Procedimento	Intervenções
Punção de calcanhar	<ul style="list-style-type: none"> – Sempre que possível, preferir a punção venosa à punção de calcanhar, porque é menos dolorosa/preferir utilizar lanceta automática à agulha. – Estimulação sensorial. – Enrolamento. – Envolver a mãe sempre que possível, utilizando o contato pele a pele ou a amamentação. – Glicose ou leite humano associado à sucção não nutritiva dois minutos antes.
Punção venosa, punção arterial, inserção de PICC	<ul style="list-style-type: none"> – Escolher o menor calibre de agulha possível. – Estimulação sensorial, posição canguru, enrolamento. – Glicose ou leite humano associado à sucção não nutritiva. – Caso seja possível planejar o procedimento, pode ser aplicada Emla no local da inserção, 60 minutos antes do procedimento. – O uso de analgesia sistêmica com opioides antes do procedimento pode ser recomendado em algumas situações, como em RN entubados e ventilados.
Injeção intramuscular ou subcutânea	<ul style="list-style-type: none"> – Preferência por drogas intravenosas, sempre que possível. – Escolher a menor agulha possível. – Estimulação sensorial, posição canguru, enrolamento. – Glicose ou leite humano associado à sucção não nutritiva. – Caso seja possível planejar o procedimento, pode ser aplicada Emla no local da inserção 60 minutos antes do procedimento.
Dissecção venosa	<ul style="list-style-type: none"> – Utilizar glicose ou leite humano associado à sucção não nutritiva, sempre que possível. – Realizar infiltração subcutânea de lidocaína 1%. – Administrar bolus lento de fentanil 0,5 a 1 mcg/kg (monitorizar o paciente).
Entubação traqueal eletiva	<ul style="list-style-type: none"> – Uma grande variedade de drogas pode ser usada como pré-medicação para entubação eletiva. Analgesia e sedação apropriadas facilitam o procedimento (menos tentativas em menor tempo), reduzem flutuações fisiológicas e dor, que são potencialmente prejudiciais. – Foram propostos: opioides + relaxante muscular, opioide + midazolam, propofol, quetamina. – Na entubação nasal, lidocaína gel 2% pode ser útil.
Punção lombar	<ul style="list-style-type: none"> – Evitar flexão excessiva do pescoço e dos joelhos sobre o tórax, porque pode causar hipoxemia significativa e há risco de fratura vertebral. – É aconselhável realizar a punção com agulha apropriada. – Usar glicose ou leite humano associado à sucção não nutritiva. – Aplicar Emla no sítio de punção 60 minutos antes do procedimento. O uso de outros anestésicos locais, como infiltração subcutânea de lidocaína, não é recomendado. – O uso de analgesia sistêmica e sedação, com um bolus IV lento de opioide, pode ser recomendado em alguns casos, se o RN estiver entubado. – Caso um RN a termo não esteja entubado, mas muito agitado, pode ser sugerido um bolus de midazolam, com monitorização dos sinais vitais. – Após o procedimento, manter o RN em posição supina. – Considerar utilizar paracetamol para tratamento de cefaleia após punção.

Conclusão

Procedimento	Intervenções
Inserção de dreno torácico	<ul style="list-style-type: none"> – Aplicar medidas comportamentais apropriadas para o controle da dor. – Realizar infiltração subcutânea de lidocaína 1% no local da inserção. – Em RN entubados e ventilados, administrar um bolus IV de opioides. – Em RN não entubados, considerar um bolus de quetamina, exceto em RN com muito baixo peso, mas ficar atento para a necessidade de entubação e ventilação. – Após o procedimento, manter infusão venosa contínua de opioides, com monitorização da escala de dor.
Remoção de dreno torácico	<ul style="list-style-type: none"> – Medidas comportamentais para controle de dor. – Aplicar Emla no sítio de inserção. – Considerar um bolus lento IV de opioide.
Exame de fundo de olho	<ul style="list-style-type: none"> – Evitar o uso de blefarostato (causa dor). – Realizar o exame fora do horário da dieta. – Utilizar medidas comportamentais apropriadas para o controle da dor. – Glicose ou leite humano com sucção não nutritiva. – Em alguns casos, considerar anestesia local com colírio de oxibuprocaína ou tetracaína, 30 segundos antes do exame.
Punção suprapúbica	<ul style="list-style-type: none"> – Medidas não farmacológicas. – Anestésico tópico no local da punção. – Infiltração de lidocaína. – Considerar Fentanil IV 0,5 a 1 mcg/kg.
Inserção de sonda gástrica	<ul style="list-style-type: none"> – Inserir rapidamente e usar lubrificante. – Medidas não farmacológicas. – Considerar gel anestésico.
Remoção de cateter venoso	<ul style="list-style-type: none"> – Usar soluções emolientes para retirada do curativo. – Medidas não farmacológicas.
Tratamento de feridas	<ul style="list-style-type: none"> – Medidas não farmacológicas. – Anestésicos tópicos. – Considerar doses baixas de opioides.
Cateterismo umbilical	<ul style="list-style-type: none"> – Medidas não farmacológicas. – Não realizar sutura na pele.
Extubação traqueal	<ul style="list-style-type: none"> – Usar soluções emolientes para retirada da fixação do tubo. – Medidas não farmacológicas.
Aspiração traqueal	<ul style="list-style-type: none"> – Medidas não farmacológicas. – Glicose associada à sucção não nutritiva.
Laserterapia para ROP	<ul style="list-style-type: none"> – Durante a preparação para o procedimento adotar medidas comportamentais para o controle da dor. – Utilizar combinação de anestésico local com anestesia geral, administrando bolus IV lento de opioides em associação com um relaxante muscular antes da entubação, OU combinação de anestesia local e sedação usando doses baixas de opioides, associado ao midazolam ou à quetamina, com suporte ventilatório. Prongas nasais ou máscara laríngea são uma alternativa válida pra o suporte ventilatório, caso o RN ainda não tenha sido entubado. Ao final do procedimento, mantenha analgesia pós-operatória por 24h a 48h.
Analgesia pós-operatória	<ul style="list-style-type: none"> – Realizar uma combinação de abordagens não farmacológicas e tratamento com opioides. A associação com acetaminofen pode reduzir a dose dos opioides.

Fonte: Autoria própria.

4.6.2 Redução de eventos dolorosos

O método mais efetivo para reduzir a dor e o desconto neonatal é reduzir o número de procedimentos realizados e o manuseio do RN. As unidades neonatais devem estabelecer metas e desenvolver estratégias que minimizem o manuseio e os procedimentos, sem comprometer o cuidado. Com o planejamento e a realização de cuidados agrupados, a meta será atingida (SHAREK et al., 2006).

As estratégias para redução dos eventos dolorosos são:

- ▶ Diminuir o número de manipulações, realizando intervenções de rotina (ex.: exame físico) no mesmo momento que outros cuidados (ex.: troca de fralda, aspiração).
- ▶ Evitar coleta de sangue desnecessária. Avaliar a real necessidade da realização de determinado exame. Planejar para colher todos os exames laboratoriais indicados em uma única punção.
- ▶ Em recém-nascidos que necessitam de coleta frequente de amostras sanguíneas para exames, avaliar a inserção de cateter central.
- ▶ Utilizar, sempre que possível, monitorização não invasiva (ex.: saturação de oxigênio, níveis de bilirrubina) para evitar a punção para coleta de sangue.

4.6.3 Intervenções não farmacológicas

A dor em recém-nascidos pode ser tratada com intervenções farmacológicas e não farmacológicas. O uso de analgésicos para aliviar procedimentos dolorosos de curta duração é questionável, devido à baixa efetividade destes agentes e potenciais efeitos colaterais. Estratégias para alívio não farmacológico da dor são convenientes, baratas, podem ser utilizadas sem prescrição e são bem toleradas pelos RNs. Há evidências de que diferentes intervenções não farmacológicas podem ser utilizadas em RNPT e a termo para prevenir e reduzir a dor relacionada a procedimentos agudos. As medidas não farmacológicas geralmente são mais efetivas quando utilizadas em combinação do que qualquer uma delas de forma isolada. Podem também ser associadas técnicas não farmacológicas com o tratamento farmacológico, com efeito adicional (sinergismo). Estas combinações podem reduzir a dose ou a frequência das drogas analgésicas, diminuindo os efeitos colaterais (ANAND, 2008; CIGNACCO et al., 2007; RIDDELL et al., 2011).

Estratégias não farmacológicas para abordagem da dor, como enrolamento, posicionamento, contenção facilitada (segurar o RN em uma posição fletida, com os braços fechados no tronco), sucção não nutritiva, massagem, balanceio e **posição canguru**, tem mostrado efetividade na redução da dor e/ou do estresse, relacionados a intervenções estressantes ou dolorosas leves a moderadas (como punção de calcanhar e punção venosa), em RNPT e a termo (CIGNACCO et al., 2007; RIDDELL et al., 2011).

A amamentação durante punção do calcanhar, punção venosa ou imunização está associada com redução significativa das respostas à dor em neonatos a termo. A sucção não nutritiva promove analgesia devido à liberação de serotonina no sistema nervoso central, durante os movimentos ritmados de sucção (SHAH et al., 2012).

O contato pele a pele/posição canguru estimula os sistemas táteis e proprioceptivos e melhora a autorregulação, com redução do estresse e das respostas à dor (BAILEY; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2015; JOHNSTON et al., 2014).

A massagem parece aumentar a atividade vagal, com redução nos níveis de cortisol e epinefrina e modulação da insulina, melhorando o controle da dor (CIGNACCO et al., 2007; RIDDELL et al., 2011).

Soluções adocicadas são efetivas e seguras para reduzir a dor relacionada a procedimentos únicos e de curta duração. No entanto, estudos demonstraram que o leite humano é tão efetivo quanto à sacarose ou à glicose para alívio da dor em RN a termo (STEVENS et al., 2013).

A estimulação sensorial (ou saturação sensorial), um método de estimulação simultânea gentil dos sistemas tátil, gustativo, auditivo, olfatório e visual, tem mostrado efetividade na redução de dor durante procedimentos menores, como punção do calcanhar. A estimulação sensorial pode ser obtida por olhar e ao se conversar gentilmente com o RN, enquanto massageia a face ou o dorso e fornece solução de glicose oral durante o procedimento doloroso. A estimulação sensorial é mais efetiva para redução da dor que a administração de glicose oral isolada (BELLIENE et al., 2012).

O controle ambiental, com redução do ruído e da estimulação visual, minimiza a resposta ao estresse do recém-nascido e proporciona condições de sono mais adequadas, com melhora do desenvolvimento neurológico. **Recém-nascidos calmos precisam de menos oxigênio (e de menos alterações na ventilação mecânica), gastam menos energia, toleram melhor a alimentação e têm menor tempo de hospitalização** (CIGNACCO et al., 2007; RIDDELL et al., 2011).

Os procedimentos devem ser agrupados e os cuidados individualizados, permitindo períodos de descanso. A participação da família também é fundamental. Os profissionais de saúde e os familiares devem responder ao comportamento do recém-nascido, de forma individualizada, para alterar ou adequar seu ambiente antes, durante e após o tratamento, dependendo das necessidades de cada criança (CIGNACCO et al., 2007; RIDDELL et al., 2011).

Estratégias ambientais, comportamentais e não farmacológicas para controle da dor e do estresse no RN estão listadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Estratégias ambientais, comportamentais e não farmacológicas para controle da dor e do estresse no RN

- Reduzir o número, a intensidade e a duração de procedimentos dolorosos.
- Evitar coleta de sangue desnecessária.
- Evitar cuidados de rotina próximos a procedimentos dolorosos.
- Cuidados ambientais: controlar/reduzir iluminação e ruídos.
- Cuidados individualizados: limitar estímulos ambientais, respeitar o ritmo circadiano, observar as pistas comportamentais do RN.
- Soluções adocicadas (sacarose ou glicose) ou leite humano extraído manualmente.
- Amamentação.
- Sucção não nutritiva.
- Contenção facilitada (segurar os braços e as pernas em posição fletida).
- Enrolamento.
- Toque materno.
- **Posição canguru/contato pele a pele.**
- Posicionamento: utilizar rolinhos de suporte.
- Estímulos olfatórios (ex.: aroma de baunilha).
- Estimulação sensorial: estimulação sensorial múltipla (orogustativa, auditiva, olfatória, tátil, visual).
- Massagem.
- Musicoterapia: música com sons intrauterinos ou música instrumental.
- Presença dos pais durante os procedimentos.
- Após procedimentos dolorosos, o RN deve ser segurado e confortado até que qualquer sinal de dor tenha desaparecido.

Fonte: Autoria própria.

SOLUÇÕES ADOCICADAS

Soluções adocicadas orais, como sacarose ou glicose, têm sido amplamente utilizadas para reduzir a dor neonatal. Vários estudos demonstraram efetividade e segurança no uso de soluções adocicadas para reduzir a dor relacionada a procedimentos únicos e de curta duração. Procedimentos com duração mais longa, como exame oftalmológico, podem necessitar de múltiplas doses para fornecer efeito analgésico contínuo. Há, ainda, muitas lacunas no conhecimento, incluindo a dose apropriada, o mecanismo de ação, efeito calmante *versus* analgésico e consequências em longo prazo. Não foi determinada a segurança em relação ao uso prolongado e de múltiplas doses das soluções adocicadas (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; STEVENS et al., 2013).



O mecanismo do efeito analgésico parece estar associado à liberação de opioides endógenos no tronco cerebral, mas ainda não está esclarecido. O pico do efeito ocorre dois minutos após a administração e persiste por cerca de quatro minutos. O efeito depende do contato com a língua, não funciona se administrado por sonda gástrica. O uso de soluções adocicadas não é efetivo para alívio da dor já instalada (ex.: pós-operatório) e o efeito analgésico também parece ser menos efetivo após idade corrigida de 46 semanas (STEVENS et al., 2013).

As soluções adocicadas estão indicadas para procedimentos menores, como punção do calcanhar, inserção de sonda gástrica, punção venosa, punção arterial, cateterismo vesical, injeções subcutâneas ou intramusculares, exame oftalmológico, troca de roupa e remoção de curativos. Pode, ainda, ser combinada com outros agentes analgésicos para procedimentos moderadamente dolorosos, como punção lombar, circuncisão, inserção e remoção de dreno torácico e colocação de cateter central de inserção periférica (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; STEVENS et al., 2013).

Outros métodos para alívio da dor, como sucção não nutritiva e contato pele a pele/ posição canguru, devem ser associados para reduzir ou eliminar efetivamente a dor (STEVENS et al., 2013).

No Brasil, são mais utilizadas as soluções de glicose. A dose adequada ainda não foi estabelecida. Pesquisas são necessárias para identificar a dose mais precisa para diferentes idades gestacionais. Uma sugestão é a utilização de solução de glicose a 25%, 0,2 a 0,5 ml/kg. Deve ser prescrita como uma medicação.

Técnica para administração da glicose: utilizar uma seringa de 1 ml para administrar a dose recomendada lentamente na porção anterior da língua; aguardar dois minutos para realizar a intervenção; uma nova dose pode ser administrada durante o procedimento. Não devem ser utilizadas mais de três doses durante um único procedimento.

Contraindicações: risco para NEC, atresia de esôfago ou fistula traqueoesofágica, RN sedados com risco de aspiração, hipertensão pulmonar.

4.6.4 Tratamento farmacológico

Muitas classes de drogas têm sido avaliadas para prevenção e tratamento da dor e do estresse neonatais, incluindo analgésicos opioides, anestésicos locais, anestésicos gerais, sedativos, hipnóticos e anti-inflamatórios não esteroides. Embora muita pesquisa tenha sido realizada com estes agentes, muitas questões permanecem sem resposta, impedindo a utilização adequada destas drogas na prática clínica (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; BELLINI; BUONOCORE, 2008; ANAND; HALL, 2006; HALL; SHBAROU, 2009).

ANESTÉSICOS LOCAIS

Analgésicos locais, como os anestésicos tópicos e a lidocaína injetável, podem reduzir a dor relacionada a procedimentos e são amplamente utilizados.

A anestesia tópica pode fornecer alívio da dor durante alguns procedimentos. Os agentes tópicos mais comumente estudados e utilizados são a Mistura Eutética de Anestésicos Locais (Emla) – uma mistura de lidocaína 2,5% e prilocaína 2,5% –, o gel de lidocaína e o creme de tetracaína + lidocaína. Estes agentes podem reduzir a dor associada à punção venosa, à inserção de cateter percutâneo e à punção arterial (ANAND, 2008; ANAND; HALL, 2006).

A Emla pode ser útil em procedimentos eletivos, como punção lombar, circuncisão, punções venosas e arteriais e cateter central de inserção periférica, principalmente se associada à glicose oral, caso a realização do procedimento possa ser adiada para aguardar o efeito analgésico. Não tem efeito na dor associada à punção do calcanhar e ainda pode prolongar o procedimento devido à vasoconstrição. Uma desvantagem é o tempo prolongado para o início de ação. Para obter o efeito analgésico adequado, recomenda-se a aplicação de 0,5 g até uma dose máxima de 1 g e cobertura com um curativo oclusivo, por 45 a 60 minutos. O efeito colateral mais comum é a irritação cutânea leve e transitória. A meta-hemoglobinemia é um efeito colateral grave, mas raro (mais provável de ocorrer em pacientes com deficiência de G6PD ou com doses excessivas). O RNPT é mais susceptível a complicações devido à epiderme mais fina, permeabilidade cutânea aumentada e limitação de circulação de antioxidantes (BIRAN et al., 2011).

A infiltração subcutânea de lidocaína pode reduzir a dor associada à punção venosa ou arterial, inserção de cateter venoso profundo, punção lombar e circuncisão, por cerca de 60 a 90 minutos. Geralmente, é administrada como solução de 0,5 (5 mg/ml)

a 1%(10 mg/ml), com dose máxima de 3 a 5 mg/kg. Em RN, deve ser evitada a combinação de lidocaína com epinefrina, para minimizar o risco de necrose tecidual e arritmias (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; ANAND, 2008; ANAND; HALL, 2006).

O gel de lidocaína é utilizado para analgesia no cateterismo vesical.

O creme de tetracaína + lidocaína parece ter início de ação mais rápido do que a Emla, mas tem efetividade variável em diferentes estudos.

Colírio anestésico de tetracaína, em combinação com glicose oral, tem sido utilizado para reduzir a dor durante o exame de triagem para ROP (DEMPSEY; MCCREERY, 2011).

ANALGESIA SISTÊMICA

Os agentes farmacológicos sistêmicos que têm sido utilizados em RN para reduzir a dor e o estresse incluem analgésicos opioides, analgésicos não opioides, anti-inflamatórios não esteroides e sedativos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; BELLIENI; BUONOCORE, 2008; ANAND; HALL, 2006; HALL; SHBAROU, 2009).

Analgésicos e sedativos são moduladores potentes de várias vias de sinalização de receptores ligados à proteína G no cérebro em desenvolvimento, o que implica na regulação crítica da proliferação tecidual, na sobrevivência e na diferenciação dos neurônios. Estudos da dose adequada e os efeitos em longo prazo destes analgésicos são inexistentes ou conflitantes. Entretanto, a ausência de analgesia adequada para o controle da dor neonatal é crítica, porque as experiências dolorosas no recém-nascido estão associadas com efeitos adversos em longo prazo (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; BELLIENI; BUONOCORE, 2008; ANAND; HALL, 2006; HALL; SHBAROU, 2009).

A dor moderada à grave deve sempre receber tratamento farmacológico. Estudos avaliando o tratamento farmacológico para a dor leve à moderada geralmente estão limitados a procedimentos específicos, como entubação traqueal. A AAP recomenda abordagem farmacológica da dor durante procedimentos como inserção e remoção de dreno torácico e intubações eletivas (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; BELLIENI; BUONOCORE, 2008).

A analgesia durante ventilação mecânica permanece controversa. Uma revisão sistemática recente relatou efeito favorável limitado com o uso seletivo de opioides, em relação ao uso de rotina, nos pacientes em ventilação mecânica. Há crescente preocupação com desfechos no desenvolvimento neurológico, em curto e em longo prazo, relacionados ao uso de infusões de morfina em RNPT. Porém, estudos mostraram que a infusão de morfina em baixas doses não afeta a cognição ou o comportamento, e pode ter um efeito positivo nas funções executivas. Uma revisão sistemática da Cochrane não encontrou evidências suficientes para recomendar o uso de rotina de opioides em recém-nascidos ventilados. Embora contribuam para a redução da dor, não há benefícios em longo prazo favorecendo o grupo de tratamento (BELLÙ; DE WAAL; ZANINI, 2010; ANCORA et al., 2013).

ANALGÉSICOS OPIOIDES

Os opioides são o tratamento mais efetivo para a dor moderada à grave, em pacientes de todas as idades. Tem efeito de analgesia e sedação, uma janela terapêutica ampla e também atenuam as respostas fisiológicas ao estresse. Os agentes farmacológicos mais utilizados para alívio da dor em RN são os opioides, principalmente fentanil e morfina, em especial para a dor persistente. Opioides mais potentes (ex.: sufentanil) ou de ação curta (ex.: alfentanil e remifentanil) têm sido utilizados, mas faltam dados de segurança em RN (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; BELLINI; BUONOCORE, 2008; ANAND; HALL, 2006; HALL; SHBAROU, 2009).

Efeitos adversos dos opioides são a depressão respiratória (com aumento da duração da ventilação mecânica), o desenvolvimento de dependência e tolerância, rigidez torácica e efeitos fisiológicos. Os efeitos adversos fisiológicos em curto prazo incluem hipotensão, constipação e retenção urinária, para a morfina; e a rigidez torácica e bradicardia para o fentanil. O remifentanil, um derivado do fentanil de ação curta, pode ser uma alternativa para procedimentos curtos e cirurgias. Em longo prazo, os opioides podem estar associados ao comprometimento do desenvolvimento neurológico (ANAND, 2013; ANAND et al., 2010; STEINHORN, 2015).

► Morfina

A morfina é o opioide mais comumente usado para analgesia. É útil para dor aguda moderada à grave associada a procedimentos invasivos, para sedação pré-operatória, durante a anestesia, e no pós-operatório de grandes cirurgias. É administrada geralmente para alívio da dor perioperatória, em infusão contínua de 10 a 30 mcg/kg/h em pacientes ventilados. RN, especialmente os pré-termo, são mais sensíveis à morfina e têm risco de apneia, hipotensão, retenção urinária, maior duração da ventilação mecânica e maior tempo para tolerar dieta enteral plena. Pesquisas são necessárias para avaliar se a morfina é um analgésico efetivo e seguro em RN, principalmente em relação aos efeitos em longo prazo no desenvolvimento neurológico (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; BELLINI; BUONOCORE, 2008; ANAND, 2013; ANAND et al., 2010; STEINHORN, 2015).

► Fentanil

O fentanil é um opioide sintético que é 50 a 100 vezes mais potente que a morfina. Em RN, o fentanil é usado devido à sua capacidade de fornecer analgesia rápida com mínimos efeitos hemodinâmicos. Está indicado para controle da dor pós-operatória, para pacientes com hipertensão pulmonar e em procedimentos dolorosos moderadamente invasivos, como drenagem de tórax. Os principais efeitos colaterais são apneia, bradicardia e rigidez torácica. Em comparação com a morfina, o fentanil está associado com menos efeitos adversos (hipotensão, retenção urinária e alterações na motilidade intestinal), mas maior tolerância e abstinência (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; BELLINI; BUONOCORE, 2008; ANAND; HALL, 2006; HALL; SHBAROU, 2009).

Dose: em bolus lento intravenoso para analgesia em procedimentos – 0,5 a 1,0 mcg/kg; infusão contínua intravenosa 1 a 2 mcg/kg/hora.

► Outros

REMIFETANIL e ALFENTANIL têm sido usados para procedimentos curtos, como intubação traqueal ou obtenção de acessos centrais, mas faltam dados de segurança em neonatos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

Embora os benefícios potenciais do uso de METADONA no tratamento da dor neonatal, com efeito analgésico satisfatório, biodisponibilidade enteral, duração prolongada e menor custo em comparação a outros opioides, ainda não foi determinada a dose segura e efetiva (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

Paracetamol/acetaminofên

O paracetamol é frequentemente prescrito para tratar a dor leve à moderada relacionada a procedimentos ou pós-operatória. Porém, o uso isolado não é efetivo na redução da dor. Dados sugerem que pode ser útil em combinação com outros agentes analgésicos; podem ser utilizados, por exemplo, para redução da dose dos opioides. Não é recomendado o uso de paracetamol como agente único para prevenir ou tratar a dor aguda em RN submetidos a procedimentos dolorosos. Dose: 10 a 15 mg/kg/dose oral ou 20 a 25 mg/kg/dose retal, a cada 6 a 8 horas. Apresentações injetáveis não estão disponíveis no Brasil (OHLSSON; SHAH, 2015).

Quetamina

É um anestésico dissociativo que, em doses baixas, fornece analgesia, amnésia e sedação. É amplamente utilizado para analgesia e sedação em pacientes submetidos a procedimentos, cirurgias e no pós-operatório. É o único analgésico que produz sedação intensa e amnésia, sem causar depressão respiratória ou alterações hemodinâmicas significativas, produzindo broncodilatação e melhora na função hemodinâmica com leve aumento na frequência cardíaca e pressão arterial. Pode ser utilizada na dose de 1 a 2 mg/kg dose em neonatos com instabilidade hemodinâmica. São necessárias mais pesquisas para estabelecer a segurança do uso em neonatos, devido à possível neurotoxicidade (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; ANAND; HALL, 2006; HALL; SHBAROU, 2009; RAPPAPORT et al., 2011).

ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDES

Os anti-inflamatórios não esteroides são extensivamente usados em crianças mais velhas e adultos, mas há relutância em relação ao seu uso em recém-nascidos, devido aos seus efeitos adversos, como sangramento gastrointestinal, disfunção plaquetária, diminuição da taxa de filtração glomerular e desenvolvimento de hipertensão pulmonar, e provável redução de efeito analgésico (por redução de expressão de receptor ciclo-oxigenase 1 na medula espinhal de RN). Portanto, geralmente não são utilizados para analgesia, porque agentes mais efetivos e seguros estão disponíveis. O uso de anti-inflamatórios não esteroides em recém-nascidos está restrito ao fechamento farmacológico do canal arterial (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; ANAND; HALL, 2006; HALL; SHBAROU, 2009).

SEDAÇÃO

Os sedativos fornecem sedação, efeito ansiolítico, relaxamento muscular e amnésia. Entretanto, os sedativos não têm efeito analgésico e podem ainda mascarar os

sinais clínicos de dor em alguns recém-nascidos (ANAND; HALL, 2006; HALL; SHBAROU, 2009).

MIDAZOLAM

Os benzodiazepínicos inibem os receptores GABA e são comumente usado em RN, mas não tem efeito analgésico. Estas drogas fornecem sedação e relaxamento muscular e são úteis para procedimentos com estudos de imagem e como drogas adjuntas para o controle de movimentos nos procedimentos invasivos. Seus efeitos adversos incluem abalos mioclônicos, sedação excessiva, depressão respiratória e hipotensão ocasional.

O midazolam é um benzodiazepínico de curta ação, mas pode causar efeitos sedativos prolongados em RNPT doentes. Alguns estudos demonstraram piores desfechos neurológicos em prematuros que receberam midazolam. **O uso de midazolam não é recomendado em neonatos pré-termo** (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; ANAND; HALL, 2006; HALL; SHBAROU, 2009).

PROPOFOL

Tem sido usado para sedação em procedimentos curtos, devido ao seu início de ação e eliminação rápidos. A farmacocinética tem variabilidade significativa em RN. Pode causar bradicardia e hipoxemia (ANAND; HALL, 2006; HALL; SHBAROU, 2009; RAPPAPORT et al., 2011).

DEXMEDETOMIDINA

É um agonista seletivo α_2 adrenérgico com efeito sedativo potente e algum efeito analgésico. Ao contrário da maioria dos outros sedativos, causa mínima depressão respiratória. Foi aprovado para sedação em pacientes antes ou durante cirurgias e outros procedimentos. Entretanto, a experiência neonatal com esta droga é limitada e pesquisas para avaliar a segurança, doses e eficácia nesta população estão sendo conduzidas. O uso de rotina da dexmedetomidina em neonatos não é recomendado, até que dados demonstrem seu benefício e sua segurança. Há relatos de convulsões e bradicardia com o uso desta droga em RN (CHRYSOSTOMOU et al, 2014).

4.7 Conclusão

Há lacunas significativas em relação à avaliação, à abordagem e aos desfechos da dor neonatal, e uma necessidade contínua de estudos que avaliem os efeitos da dor neonatal e das estratégias para prevenção dela no desenvolvimento neurológico.

O uso de tratamentos farmacológicos para controle da dor em RN ainda é dificultado pela pobreza de dados em relação à segurança e à eficácia destes agentes em curto e em longo prazos. Ao mesmo tempo, a exposição repetitiva e prolongada à dor na unidade de terapia intensiva neonatal tem sido associada com desfechos neurológicos adversos, o que corrobora a necessidade de mais pesquisas para resolver estas lacunas no conhecimento.

Mesmo com dados insuficientes, os profissionais de saúde que assistem RN devem estar rotineiramente preocupados em relação à avaliação, à prevenção e ao tratamento da dor, durante toda a internação neonatal.

Mais pesquisas devem ser conduzidas sobre ferramentas para avaliação da dor, estratégias farmacológicas e não farmacológicas para controle dela e farmacocinética e farmacodinâmica de novas drogas analgésicas, para melhorar os desfechos e reduzir as complicações na população neonatal.

No Quadro 3 estão descritas considerações gerais sobre a abordagem da dor e do estresse no RN.

Quadro 3 – Considerações gerais sobre a dor em recém-nascidos

- Os componentes anatômicos e sistemas neuroendócrinos estão suficientemente desenvolvidos para permitir transmissão de estímulos no RN.
- A dor neonatal frequentemente não é reconhecida e não tratada. Neonatos sentem dor e a analgesia deve ser prescrita quando indicada durante os cuidados médicos.
- Caso um procedimento seja doloroso em adultos, também deve ser considerado doloroso em recém-nascidos, mesmo que sejam pré-termo. Em comparação com outras faixas etárias, os recém-nascidos apresentam maior sensibilidade à dor e são mais susceptíveis a efeitos em longo prazo da estimulação dolorosa.
- Prevenção e tratamento adequados da dor podem estar associados com redução das complicações clínicas e da mortalidade.
- Os pais devem ser estimulados a participar da avaliação e da prevenção da dor, ajudando a reconhecer os sinais de dor e fornecendo conforto antes, durante e após os procedimentos.
- A dor e o estresse devem ser monitorizados como um sinal vital durante os procedimentos invasivos e a analgesia, com escalas validadas, para facilitar o ajuste fino das medidas analgésicas e melhorar a consciência de como o recém-nascido sente.
- Apesar de desafios significativos para avaliar a dor na população neonatal, há instrumentos para avaliação disponíveis e validados, que devem ser rotineiramente utilizados, antes, durante e após procedimentos dolorosos, para monitorar a efetividade das intervenções para alívio da dor.
- A necessidade de prevenção e tratamento da dor deve ser avaliada continuamente durante a internação dos recém-nascidos.
- Ao final de procedimentos, a monitorização dos parâmetros fisiológicos deve permanecer até o retorno para o estado basal.
- A ausência de respostas comportamentais (como choro e movimentos) não necessariamente indica ausência de dor.
- Procedimentos planejados devem ser realizados no estado basal ótimo (alerta/calmo) e em ambiente calmo e relaxante, com redução de iluminação e ruídos, sempre que possível. O sono não deve ser interrompido. O procedimento deve ser planejado para fora do horário da dieta e longe de outros procedimentos invasivos para permitir recuperação. Nenhum outro procedimento invasivo deve ser planejado por pelo menos duas horas após o procedimento.
- Durante procedimentos potencialmente dolorosos, o recém-nascido deve estar preferencialmente contido e aquecido, e deve ser acompanhado durante e após o procedimento.
- A prevenção e o tratamento da dor e do estresse devem incluir intervenções ambientais, comportamentais, não farmacológicas e farmacológicas, sequencialmente.
- Medidas de conforto ambientais, comportamentais e não farmacológicas são recomendadas para todos os procedimentos. As opções farmacológicas utilizadas em combinação com estas medidas podem ter efeitos adicionais ou sinérgicos no controle da dor.
- Profissionais de saúde que cuidam de recém-nascidos devem pesar entre os benefícios e as complicações do tratamento farmacológico, com base em evidências científicas. Deve-se ter cuidado ao considerar o uso de medicações pouco estudadas em RN.
- A sedação não fornece alívio da dor e pode mascarar a resposta do RN à dor.
- Os profissionais de saúde têm responsabilidade por uma abordagem sistemática da avaliação, da prevenção e do tratamento da dor em neonatos, e o controle da dor deve ser o objetivo de todos os profissionais de saúde que assistem RN.
- Todas as unidades neonatais devem ter um programa de controle da dor, baseado em evidências científicas, que deve enfatizar os seguintes pontos: fornecer avaliação de rotina para detecção da dor neonatal; reduzir o número de procedimentos dolorosos; prevenir e tratar a dor aguda causada pelos procedimentos invasivos à beira do leito; antecipar e tratar a dor após cirurgias; evitar dor e estresse prolongados ou repetitivos durante os cuidados intensivos neonatais.
- É responsabilidade dos gestores a educação continuada e a validação da competência dos profissionais na avaliação e na abordagem da dor, e a manutenção de um ambiente propício para o bem-estar do recém-nascido e da família.

Fonte: Autoria própria.

Referências

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Fetus and Newborn. Section on Anesthesiology and Pain Medicine. Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update. **Pediatrics**, [S.l.], v. 137, n. 2, p. e20154271, 2016.
- ANAND, K. J. S. Analgesia for skin-breaking procedures in newborns and children: what works best?. **CMAJ = JAMC: Journal de l' Association Medicale Canadienne**, [S.l.], v. 179, n. 1, p. 11-12, 2008.
- _____. Clinical importance of pain and stress in preterm neonates. **Biology of the neonate**, [S.l.], v. 73, n. 1, p. 1-9, 1998.
- _____. et al. Summary proceedings from the neonatal pain-control group. **Pediatrics**, [S.l.], v. 117, n. 3, p. S9-S22, 2006. Part 2.
- _____. et al. Tolerance and withdrawal from prolonged opioid use in critically ill children. **Pediatrics**, [S.l.], v. 125, n. 5, p. e1208-e1225, 2010.
- _____. Pain panacea for opiophobia in infants?. **JAMA**, [S.l.], v. 309, n. 2, p. 183-184, 2013.
- _____. The neuroanatomy, neurophysiology, and neurochemistry of pain, stress, and analgesia in newborns and children. **Pediatric clinics of North America**, [S.l.], v. 36, n. 4, p. 795-822, 1989.
- _____; HALL, R. W. Pharmacological therapy for analgesia and sedation in the newborn. **Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition**, v. 91, n. 6, p. F448-F453, 2006.
- _____; HICKEY, P. R. Pain and its effects in the human neonate and fetus. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 317, n. 21, p. 1321-1329, 1987.
- _____; PALMER, F. B.; PAPANICOLAOU, A. C. Repetitive neonatal pain and neurocognitive abilities in ex-preterm children. **Pain**, [S.l.], v. 154, n. 10, p. 1899-1901, 2013.
- ANCORA, G. et al. Efficacy and safety of continuous infusion of fentanyl for pain control in preterm newborns on mechanical ventilation. **The Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 163, n. 3, p. 645-651, 2013.
- BAILEY, J.; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Fetus and Newborn. Skin-to-skin care for term and preterm infants in neonates ICU. **Pediatrics**, [S.l.], v. 136, n. 3, p. 596-599, 2015.
- BEACHAN, P. S. Behavioral and physiological indicators of procedural and postoperative pain in high-risk infants. **Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing**, [S.l.], v. 33, n. 2, p. 246-255, 2004.
- BELLIENI, C. V. et al. Sensorial saturation for infants' pain. **The journal of maternal-fetal and neonatal medicine**, [S.l.], v. 25, p. 79-81, 2012. Supplement 1.
- _____; BUONOCORE, G. Neonatal pain treatment: ethical to be effective. **Journal of Perinatology**, [S.l.], v. 28, n. 2, p. 87-88, 2008.
- BELLÙ, R.; DE WAAL, K.; ZANINI, R. Opioids for neonates receiving mechanical ventilation: a systematic review and meta-analysis. **Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition**, [S.l.], v. 95, n. 4, p. F241-F251, 2010.
- BIRAN, V. et al. Analgesic effects of EMLA cream and oral sucrose during venipuncture in preterm infants. **Pediatrics**, [S.l.], v. 128, n. 1, p. e63-e70, 2011.

- CARBAJAL, R. et al. [APN: evaluation behavioral scale of acute pain in newborn infants]. **Archives de Pédiatrie**, [S.l.], v. 4, n. 7, p. 623-628, 1997. [Article in French].
- _____. et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. **JAMA**, [S.l.], v. 300, n. 1, p. 60-70, 2008.
- CHRYSOSTOMOU, C. et al. A phase II/III, multicenter, safety, efficacy, and pharmacokinetic study of dexmedetomidine in preterm and term neonates. **The Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 164, n. 2, p. 276-282, 2014.
- CIGNACCO, E. et al. The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates: A systematic literature review. **European Journal of Pain**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 139-152, 2007.
- CONG, X.; MCGRATH, J. M.; CUSSON, R. M. Pain assessment and measurement in neonates: an updated review. **Advances in Neonatal Care**, [S.l.], v. 13, n. 6, p. 379-395, 2013.
- DEMPSEY, E.; MCCREERY, K. Local anaesthetic eye drops for prevention of pain in preterm infants undergoing screening for retinopathy of prematurity. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], n. 9, p. CD007645, 2011.
- FITZGERALD, M. The development of nociceptive circuits. **Nature reviews: Neuroscience**, [S.l.], v. 6, n. 7, p. 507-520, 2005.
- GRUNAU, R. E. et al. Bedside application of the Neonatal Facial Coding System in pain assessment of premature neonates. **Pain**, [S.l.], v. 76, n. 3, p. 277-286, 1998.
- HALL, R. W.; ANAND, K. J. S. Pain Management in Newborns. **Clinics perinatology**, [S.l.], v. 41, n. 4, p. 895-924, 2014.
- _____; SHBAROU, R. M. Drugs of choice for sedation and analgesia in the neonatal NICU. **Clinics in perinatology**, [S.l.], v. 36, n. 1, p. 15-26, 2009.
- HATFIELD, L. A. Neonatal pain: What's age got to do with it?. **Surgical Neurology International**, [S.l.], v. 5, p. S479-S489, 2014. Supplement 13.
- HOLSTI, L.; GRUNAU, R. E. Initial validation of the Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP). **Pain**, [S.l.], v. 132, n. 3, p. 264-272, 2007.
- HUMMEL, P.; LAWLOR-KLEAN, P.; WEISS, M. G. Validity and reliability of the N-PASS assessment tool with acute pain. **Journal of Perinatology**, [S.l.], v. 30, n. 7, p. 474-478, 2010.
- _____; VAN DIJK, M. Pain assessment: current status and challenges. **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**, [S.l.], v. 11, n. 4, p. 237-245, 2006.
- JOHNSTON, C. C.; STRADA, M. E. Acute pain response in infants: a multidimensional description. **Pain**, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 373-382, 1986.
- JOHNSTON, C. et al. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], n. 1, p. CD008435, 2014.
- JONSDOTTIR, R. B.; KRISTJANSDOTTIR, G. The sensitivity of the Premature Infant Pain Profile - PIPP to measure pain in hospitalized neonates. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, [S.l.], v. 11, n. 6, p. 598-605. 2005.
- KRECHEL, S. W.; BILDNER, J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. **Paediatric Anaesthesia**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 53-61, 1995.
- KRISHNAN, L. Pain Relief in Neonates. **Journal of Neonatal Surgery**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 19, 2013.

- LAGO, P. et al. Guidelines for procedural pain in the newborn. **Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)**, [S.l.], v. 98, n. 6, p. 932-939, 2009.
- LAWRENCE, J. et al. The development of a tool to assess neonatal pain. **Neonatal Network**, [S.l.], v. 12, n. 6, p. 59-66, 1993.
- OHLSSON, A.; SHAH, P. S. Paracetamol (acetaminophen) for prevention or treatment of pain in newborns. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], n. 6, p. CD011219, 2015.
- PAIN terms: a list with definitions and notes on usage. **Pain**, [S.l.], v. 3, n. 6, p. 249-252, 1979. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy.
- RAPPAPORT, B. et al. Defining safe use of anesthesia in children. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 364, n. 15, p. 1387-1390, 2011.
- RIDDELL, R. R. P. et al. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], n. 12, p. CD006275, 2011.
- SCHMELZLE-LUBIECKI, B. M. et al. Long-term consequences of early infant injury and trauma upon somatosensory processing. **European Journal of Pain**, [S.l.], v. 11, n. 7, p. 799-809, 2007.
- SHAH, P. S. et al. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], n. 12, p. CD004950, 2012.
- SHAREK, P. J. et al. Evaluation and development of potentially better practices to improve pain management of neonates. **Pediatrics**, [S.l.], v. 118, suppl 2, p. S78-S86, 2006.
- SIMONS, S. H. et al. Do we still hurt newborn babies? A prospective study of procedural pain and analgesia in neonates. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, [S.l.], v. 157, n. 11, p. 1058-1064, 2003.
- SLATER, R. et al. Cortical pain responses in human infants. **The Journal of Neuroscience**, [S.l.], v. 26, n. 14, p. 3662-3666, 2006.
- STEINHORN, R. et al. Neonatal morphine exposure in very preterm infants-cerebral development and outcomes. **The Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 166, n. 5, p. 1200-1207, 2015.
- STEVENS, B. et al. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], n. 1, p. CD001069, 2013.
- VINALL, J.; GRUNAU, R. E. Impact of repeated procedural pain-related stress in infants born very preterm. **Pediatric research**, [S.l.], v. 75, n. 5, p. 584-587, 2014.



O cuidador e o ambiente de trabalho

Módulo 6



1 O cuidador e o ambiente de trabalho

Objetivos:

- ▶ Apresentar os fatores de estresse presentes nas atividades de cuidados ao RNPT e sua família, na unidade neonatal.
- ▶ Sensibilizar o profissional de saúde da unidade neonatal sobre o seu auto-cuidado como dispositivo de proteção para o desempenho de suas tarefas.
- ▶ Discutir a importância da construção de um ambiente de trabalho favorável para o profissional de saúde em unidade neonatal.
- ▶ Informar sobre estratégias de cuidado à equipe na unidade neonatal.

Conceitos Básicos:

Cuidador

Pessoa (com ou sem vínculo familiar), capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (BRASIL, 2011).

Neste Manual, cuidador de crianças, refere-se aos pais (cuidadores informais) e a equipe da unidade neonatal (cuidadores formais). Para a atuação destes últimos é imprescindível empatia, capacidade de compreender o nível e período evolutivo da linguagem e conduta dos recém-nascidos, bem como de seus pais para exercer sua função de forma integral.

Estresse ocupacional

Processo complexo em que o trabalhador procura responder a demandas que ultrapassam as possibilidades de adaptação individual e social, desencadeando-se transtornos no plano biológico e/ou comportamental. (SOUSA; ARAUJO, 2015).

Burnout

Forma inadequada de lidar com fatores estressantes no trabalho, em função das tarefas desempenhadas e sua associação com momentos vitais e características do próprio indivíduo. Surge uma “síndrome da desistência” conforme Codo e Vasquez (1999) pois o indivíduo deixa de investir em suas relações sociais, afetivas e profissionais. É acompanhada de sinais depressivos e pode ser entendido como um quadro mental grave relacionado ao estresse.

Coping

Processo, definido como “uma constante mudança cognitiva e esforços comportamentais para manusear específicas demandas externas e/ ou internas que são avaliadas como algo que excede os recursos da pessoa (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Implica na avaliação da situação, em sua administração, através de uma mobilização consciente na tentativa de reduzir, minimizar as demandas internas e externas desta interação.

Briefing

Conjunto de informações coletadas para se dar início a um trabalho de informação, formação ou mesmo de resolução de problemas. Muito utilizado para dar início à

técnica de *debriefing*, por ex. possibilitando o relato dos detalhes de um incidente nos cuidados em Unidades Neonatais.

Debriefing

Conversa semi-estruturada entre um indivíduo que recentemente experimentou um evento traumático ou uma experiência estressante. (ROSE 2002) Análise retrospectiva dos prováveis incidentes críticos e adversos ocorridos nas unidades neonatais, através de grupos de discussão, observando detalhes para redução do estresse da equipe e buscar alternativas de execução destas tarefas.

Todo RN ao nascer, traz consigo um pedido de cuidado. Solicita a disponibilidade de seus pais e toda a família, adaptada a seu momento evolutivo e faz com que os profissionais de saúde se ocupem dele.

Introdução

Quando pensamos no RN, sua aparência física dá lugar à imaturidade e aparente fragilidade, tornando-as provocadoras para quem escolheu a neonatologia como área de trabalho. As exigências observadas em seu corpo, em sua fisiologia nos momentos iniciais de vida, determinam ações para que lhe seja disponibilizada uma *tecnologia dura*, avançada, que lhe garanta a sobrevivência. Ao mesmo tempo passa a ser reconhecida a sua imensa *apetência ao afeto* que solicita ao profissional da Unidade Neonatal, que ele seja capacitado a interagir com a sua incipiente subjetividade, e exerça suas tarefas de um modo *humanizado*.

Com isto os manuseios e as intervenções ao recém-nascido, protegerão a sua qualidade de vida psíquica e social, independente da trajetória possível – uma alta positiva, poucas intercorrências ou mesmo, morrer na Unidade Neonatal. É desta forma que sua história pode ser preservada e mantida em sua singularidade como pretende o Método Canguru.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção ao recém-nascido: guia para profissionais de saúde: cuidados gerais**. Brasília, 2011.

CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. O que é *burnout*?. In: CODO, W. (Org.). **Educação: carinho e trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. p. 237-255.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress Appraisal and Coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984.

ROSE, S. et al. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], n. 2, p. CD000560, 2002.

SOUSA, V. F. da S.; ARAUJO, T. C. C. F. de. Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 35, n. 3, p. 900-915, 2015.

2 O recém-nascido, os pais e a equipe

2.1 Como nos toca um recém-nascido

Cuidar de um recém-nascido pequeno traz exigências à equipe de saúde, na efetividade da atenção humanizada. Quando ele chega à internação, pouco sabemos sobre ele. Conhecemos algumas de suas questões clínicas que já foram discutidas pela equipe na preparação de um espaço para sua chegada – possível peso, idade gestacional, dados sobre sua história pré-natal – todas elas solicitantes do que será preciso tratar e cuidar. É importante frisar o termo *cuidar*, que implica atender aos desejos, às expectativas e às necessidades destes outros – bebê e família –, negociando com nossos próprios desejos e expectativas quanto ao resultado de nossa tarefa.

Tais ações de saúde devem estar focadas na singularidade de cada criança que chega para atendimento. Aprendemos muito por meio de suas reações ao toque, ao despertar, ao sono, suas respostas ao antibiótico, à aceitação da alimentação, ao ganho de peso, ao controle respiratório. Seus ritmos e tempos são únicos e individuais, determinando que tarefas se modifiquem de uma hora para outra, mudanças rápidas nas propostas terapêuticas, num mesmo plantão, junto a cada um dos recém-nascidos ou mesmo junto às várias crianças atendidos naquele período.

Este intenso investimento que ultrapassa a preocupação biológica, traduzida por alguns autores, como ofertar tecnologia leve, nos faz entender que, ao cuidarmos de forma integral de um recém-nascido, implicamos muito de nós nesta relação. Constatamos que surge, junto a cada criança, uma abertura para nosso mundo psíquico primário, uma reativação de nossos afetos mais primitivos, relacionados à história anterior que vivemos com nossos principais cuidadores em nossa infância.

O recém-nascido tem a capacidade de reativar um material psíquico arcaico, inscrito nos primórdios da vida psíquica de cada adulto que dele se ocupa.

Cada recém-nascido de que cuidamos determina um movimento interno dentro de nossa psique, criando pontes entre experiências que podem se mostrar, internamente, semelhantes a algumas que já vivemos. Ao encontrarem eco em nosso passado, muitas podem ser agradáveis e satisfatórias; já outras não, na dependência dos registros que se encontram dentro de cada um de nós.

Podemos ter respostas de acordo com o que sentimos frente à face de um recém-nascido, de seus movimentos, de suas expressões corporais, bem como em função de seu quadro clínico. Trata-se de um desafio para os profissionais de saúde fazer contato e se comunicar com os vários RN com os quais se ocupam. Ainda mais quando se cuida de várias crianças ao mesmo tempo, pois cada uma delas desencadeia em nós representações mentais diferenciadas (GOLSE, 2003).

O profissional de saúde em unidade neonatal permite que a pequena criança o toque em sua subjetividade.

É inevitável: a experiência de ocupar-se de um recém-nascido, ainda que seja dos outros, reativa nossas histórias iniciais, nossas angústias primitivas, registros de conforto, de bem-estar, sem nos darmos conta disso tudo.

Este funcionamento pode representar um fator de vulnerabilidade para o cuidador. Estar ciente destes funcionamentos nesta relação ajuda na compreensão de muitos de nossos sentimentos, de nosso cansaço, e aponta para o cuidado que as instituições devem ter com seu pessoal, pois:

Nos lugares onde há bebês ou crianças doentes (...) – há aí pessoas que são de extrema riqueza emocional, mas que são extremamente frágeis. (...) Elas são frágeis e por isso podem compreender os bebês. E é porque elas podem compreender os bebês que são frágeis, porque os bebês as desestabilizam frequentemente. Nisso, pode estar (...) muito sofrimento institucional! (GOLSE, 2003, p. 28).

2.2 Nossa comunicação com os recém-nascidos na unidade neonatal

Mantendo a discussão sobre o quanto este recém-nascido é capaz de provocar em cada um de nós, precisamos lembrar-se de que, ao nos aproximarmos de seu corpo e atentarmos à sua comunicação, estamos utilizando um nível de linguagem extremamente sofisticada e especial. Entendemos seus pedidos, seu comportamento por meio de um contato que não é verbal – é sensorial e cenestésico –, tanto do RN como também nosso. Só desta forma podemos saber do que ele necessita e como ele se sente. Ou seja, utilizamos recursos de nossa primeira forma de comunicação que prescinde da palavra e da fala, baseada na sensação da intenção, da necessidade implícita no olhar e nas posturas. **Por meio destes recursos, entendemos o recém-nascido que estamos cuidando.** Mas, para dar conta de suas necessidades reais como dificuldades respiratórias, alimentação, posturas, temos também de fazer uso do nosso conhecimento. Este, por sua vez, possui palavras e é essencialmente cognitivo, é nosso arcabouço teórico, nosso conhecimento sobre como cuidar e oferecer técnicas e estratégias que ajudem a criança.

Portanto, estamos num contínuo movimento entre habilidades próprias de nosso desenvolvimento inicial e as adquiridas no tempo de nossa formação profissional. Isso caracteriza bem a solicitação intensa à qual estamos submetidos junto ao RN.

2.3 Nossa comunicação com os pais

É imprescindível refletir sobre a presença do pai, da mãe e dos demais familiares nas unidades neonatais e suas interações com a equipe de trabalho.

O incentivo à efetiva participação da mãe e do pai durante o período de internação inclui sua permanência junto ao seu filho. Isso revela um momento de amadurecimento da assistência neonatal, assumindo que o tratamento do RN envolve mais do que apenas a utilização de procedimentos e técnicas. Pretende-se, com isto, que sua história familiar e os cuidados que esta proporciona ao novo integrante da família permeie os espaços da unidade neonatal.

É importante deixar claro que não basta permitir e incentivar a entrada dos pais. O diferencial do Método Canguru é sua recomendação de que pai e mãe não sejam observados como visitantes da criança, mas sim como parceiros da equipe, assumindo funções e papéis que lhes cabem nos cuidados do filho RN. A adoção do Método Canguru, pelo Ministério da Saúde do Brasil, também não pretende colocar a mãe ou o pai no lugar de um profissional técnico ou mesmo da incubadora, como muitas vezes escutamos. É necessário que pai e mãe tenham a oportunidade de interagir com seu filho, participar de decisões, receber informações, realizar cuidados e fazer uso da posição canguru: maternar ou paternar seu filho, o que não compete à equipe de saúde, que possui, com cada um dos recém-nascidos, uma história que é do cuidar profissional e não familiar.

De partida, vale listar as vantagens da presença constante dos pais na unidade neonatal. Essa presença estimula uma aproximação relacional entre equipe e família. Isso favorece o estabelecimento da relação de cuidado, em que o profissional descobre e aprende detalhes familiares que devem ser inseridos nos cuidados de rotina para com o RN, o que facilitará aos pais desenvolver um sentimento de confiança na equipe de saúde. Outra vantagem da entrada dos pais na unidade neonatal: ao se familiarizarem com o ambiente, cada vez mais buscam informações, questionam os profissionais e a própria instituição de saúde, apresentando certa autonomia na trajetória hospitalar do seu filho, o que é significativamente positivo em termos de promoção de saúde e indicativo de que o processo interacional e vincular se encontra em desenvolvimento.

A relação com os pais do RN, a família ampliada e suas condutas na dinâmica da unidade neonatal ativam registros de nossas experiências, podendo provocar facilidades ou mesmo dificuldades com algumas famílias. É comum termos preferências e escolhas de grupos familiares a quem dedicamos nossa atenção. Algumas vezes, em virtude do RN, mas na maioria das vezes na dependência do que esta família provoca em nós. Pais muito exigentes, pais deprimidos, pais ausentes, todas condutas possíveis de serem observadas quando nos encontramos na unidade neonatal. Cada um destes comportamentos nos remete a experiências que também vivemos com nossos cuidadores, mesmo que em ínfimos e pequenos espaços de tempo. A representação destas experiências podem, com frequência, não corresponder ao que realmente aconteceu, nossas lembranças podem ser exponenciais. Mas sem dúvida retornam, diante da história que se desenrola diante de nós, especialmente por nos identificarmos, nestas situações, com a criança e sua fragilidade.

Somos impactados pelos diversos temperamentos e jeitos de ser da mãe, do pai e de demais familiares do recém-nascido.

Sabe-se que o acesso livre dos pais para o cuidado de seu filho na unidade neonatal e a entrada dos demais familiares trouxeram consigo uma série de desafios à equipe de saúde, especialmente no que se refere às interações e às relações estabelecidas dentro do ambiente de terapia intensiva. O tempo de contato entre a família e a equipe tornou-se prolongado e vivido com acentuado desgaste emocional, especialmente quando se trata de um RNPT.

Devido às instabilidades emocionais, comuns nesta situação, experimentadas pelos pais e familiares, incluindo medo de perder o filho, eles podem vir a desenvolver uma vigilância sufocante e controladora sobre o trabalho da equipe, em estilo persecutório-acusativo referente ao horário de medicação, à indicação de exames, às formas de os profissionais tocarem e manusearem a criança e a outras condutas profissionais.

Segundo Botega (2006), a família do paciente costuma reagir ao perigo real e ao perigo imaginado no cenário hospitalar, e essas reações aparecem em estilos singulares de enfrentamento de situações de crise, tais quais vigilância, acusações, agressividade, afastamento/fuga. De parte desta compreensão, a família do recém-nascido reage às intercorrências clínicas, às notícias difíceis, mas também aos perigos que ela mesma cria em nível de fantasia, depositando seus temores, sentimento de culpa, e mesmo esperanças nos profissionais de saúde. Tais comportamentos e atitudes dos pais e demais familiares podem ser uma fonte de conflito no ambiente da unidade neonatal

Os profissionais podem gerar ou intensificar tais situações caso assumam uma posição autoritária, opressora, distante, indiferente, insensível diante deles, ou orientando-se por outro extremo, ao confundir relação de cuidado com amizade. A relação de cuidado entre a família e a equipe deve envolver o acolhimento e a escuta, por meio de conversas sobre necessidades e preferências da criança, questões sobre o que os pais estão compreendendo do estado clínico do recém-nascido, como estão vivendo o período de internação, quais suas dificuldades e necessidades.

Uma aproximação pessoal, conduzindo a intimidade, pode acabar dificultando a relação, destituindo o profissional de sua real função, impedindo-o de falar em nome da equipe. Não deve ser esquecido que, na relação entre equipe e família, não cabem aspectos pessoais dos profissionais de saúde. Estes conteúdos da vida íntima não devem ser trazidos à cena em função do que provocam na família do recém-nascido, afetando a dinâmica relacional da equipe de saúde.

O Método Canguru não pretende que a relação de cuidado com os pais do RN seja vivida como mais uma tarefa exaustiva para a tão sobrecarregada equipe de profissionais de saúde de uma unidade neonatal. Esta metodologia reconhece que os padrões de comportamento, mudanças de humor e a instabilidade entre sentimentos de confiança e desconfiança das famílias não representam uma tarefa fácil, principalmente diante do cansaço físico após horas de trabalho. Reconhece que os estilos defensivos e de enfrentamento das famílias geram, na equipe de saúde, o risco de ser contaminada e adotar a mesma forma de se comportar. De fato, é difícil responder a todas as solicitações da família, mais ainda quando ocorre uma identificação do profissional com a história da família. Quantas vezes nos perdemos em lembranças

de fatos familiares ou de pessoas queridas quando escutamos alguém comentando sobre a família de um bebê? Sem dúvida, a relação família-equipe pode ser um fator de estresse e desgaste para o profissional de saúde. Porém, isto irá acontecer cada vez mais caso os profissionais de saúde não desenvolvam a habilidade social de manejar adequadamente sua relação de cuidado com os pais e demais familiares.

No acompanhamento do recém-nascido pré-termo ou de baixo peso, o Método Canguru sugere à equipe de saúde sensibilidade e abertura para conhecer a singularidade da família da criança, no sentido de aprender a acolhê-la. A cada RN, valeria a questão: Quem são essas pessoas que convidamos para entrar em contato conosco? Há uma variedade de pessoas que recebemos na unidade neonatal, com suas diferenças étnicas, de personalidade, de religião, de gênero, de condições socioeconômicas. Cada mãe, pai, ou qualquer membro das famílias dos recém-nascidos chegam à unidade neonatal com seu jeito de se comportar, de expressar os afetos e de falar ao bebê. A escolha de quem vem para nosso cuidado não é nossa.

Para Botega (2006), a equipe de saúde tem uma dupla função com os pais e os demais familiares da criança. Em certos momentos, os profissionais de saúde têm de assumir uma *função materna*, por meio de uma relação de cuidado que alivie as fantasias de destruição desenvolvidas pelos pais no processo de hospitalização do recém-nascido. Assumir esta maternagem ou, mais especificamente, proporcionar *holding* para a mãe e o pai do neonato é uma possibilidade interventiva da equipe, necessária para que consiga ajudá-los a suportar a realidade. Em outras circunstâncias, também é salutar que o serviço de neonatologia exerça uma *função paterna*, sob uma relação de cuidado investida de controle, com demarcação das regras institucionais, limite necessário para fortalecer a mãe e o pai do recém-nascido. Esta dupla função pode existir simultaneamente, por meio de diferentes profissionais, mas também pode ser alternada, conforme as necessidades e as demandas dos pais.

Somente uma equipe interdisciplinar, coesa em suas ações de cuidado junto ao RN, consegue dar conta dessas funções de modo efetivo e flexível. Do contrário, será uma equipe preponderantemente imperativa junto aos pais, orientada por um saber/poder que, com esta fixidez, inviabiliza a empatia e o acolhimento. Ou então agirá movida por um protecionismo excessivo, cedendo às manipulações dos pais do RN, assumindo as dores deles, sem uma diferenciação necessária. Para que as famílias sejam efetivamente incluídas, é fundamental que exista atenção especial para os trabalhadores das unidades neonatais: grupos de discussão e de informação, atividades de relaxamento e apoio são indispensáveis nas unidades neonatais.

Referências

BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. São Paulo: Artmed, 2006.

GOLSE, B. **Sobre a psicoterapia pais-bebê: narratividade, filiação e transmissão**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

3 O cuidador e a unidade neonatal

A unidade neonatal é um lugar provocador de muita aprendizagem, mas com um fantástico nível de exigência para o profissional.

As unidades neonatais são locais com recursos tecnológicos, onde profissionais comumente sobrecarregados dividem o espaço com os RN, pais e demais familiares, além de toda a variedade de equipamentos necessários para o suporte da vida dos neonatos. Esse ambiente, historicamente domínio exclusivo dos profissionais de saúde, é caracterizado por uma rotina intensa e desgastante. A urgência e a emergência pontuam o tempo de forma frenética e intensa. As histórias fazem-nos vivenciar perdas, experimentar sentimento de impotência e precisamos dar notícias difíceis. Existem as dificuldades intra e interequipes. Deparamo-nos com as contradições institucionais e mesmo outras fragilidades da instituição, como superlotação, número inadequado de profissionais, excesso de atividades burocráticas em alguns cargos.

É um lugar onde as luzes, o barulho e a superlotação são constantes; onde o profissional depara-se continuamente com os limites de sua atuação. A imensa preocupação com as morbidades decorrentes do nascimento antecipado, do baixo peso, e das iatrogenias advindas dos cuidados oferecidos aos recém-nascidos, é companheira constante.

O mais difícil é quando um bebê tá parando... Aquela agonia de querer trazer de volta. E você faz uma coisa, faz outra. Aquele estresse mesmo. Se o bebê volta, ah... tudo bem. Se não... é ruim demais. (LAMY, 2000, p. 67).

Este depoimento evidencia o quanto as intercorrências e o óbito da criança configuram situações potencialmente estressoras, presentes no dia a dia do profissional de saúde. Somadas ao que discutimos antes, do quanto cada recém-nascido e seus pais ativam na subjetividade do profissional, acabam potencializando e provocando idiosincrasias da equipe de saúde e do serviço hospitalar. E fica claro que é o conjunto desses fatores que frequentemente serve para favorecer alguns episódios tensos no relacionamento interpessoal entre profissionais de saúde, ou mesmo entre estes e os pais do RN.

Pois:

[...] os pediatras que vieram para a neonatologia foram trazidos pela paixão pela medicina de alta tecnologia. Pelo interesse de estarem bem próximos da vida e da morte, pelo gosto de superação de si em que se sabe que, para a mínima decisão ou mínimo gesto, cada minuto contará para salvar a vida de um ser humano. Nada está garantido de antemão, cada criança é diferente e coloca para o médico um enigma que o põe de novo, por inteiro, em questão. A seriedade e o sentido de responsabilidade que cada reanimador traz a seu trabalho ganham nossa admiração. (MATHELIN, 1999, p. 82).

E diz ainda:

falar com uma criança e estar à sua escuta passa pela atenção dada a seu corpo e as emoções que ela provoca em nós. As enfermeiras preocupam-se bastante em tentar decifrar os apelos do bebê e em lhe proporcionar o máximo de conforto possível. (MATHELIN, 1999, p. 82).

3.1 As relações interpessoais na equipe de saúde

Não podemos deixar de mencionar as dificuldades institucionais, como relações de poder entre chefias e diferentes membros do *staff*, dificuldades dentro da equipe e entre as equipes, que surgem entre os diferentes plantões e entre as diferentes categorias profissionais. Muitas vezes, existem pequenos agrupamentos ideológicos que podem representar uma fragmentação da equipe, resultante de conflitos internos imobilizadores.

Reconhecendo que a saúde mental não é a ausência de conflitos e sim a capacidade de reconhecê-los e de utilizá-los na busca de melhores condições, deve ser esta a preocupação da equipe de saúde. Talvez a ausência total de falhas no relacionamento profissional e pessoal, na equipe, seria representante da apatia e da falta de prazer na atividade de cuidar de recém-nascidos. Com isso, teríamos a ausência da criatividade em nossos contatos com a criança e com sua família, o que traz consigo impedimentos, inclusive para o desenvolvimento integral destas crianças em seu futuro.

3.2 Perdas afetivas e suas repercussões

As perdas são um outro fator que as equipes de saúde precisam enfrentar, podendo ser fonte de estresse durante o trabalho. Uma perda pode ser representada por uma simples alta hospitalar de um recém-nascido, feita muitas vezes de forma burocrática e rápida, visando a desocupação do leito para a ocupação desse por um novo recém-nascido.

Nesse momento, podem surgir sentimentos de ambivalência. De um lado a ligação afetiva, muitas vezes intensa, da equipe com a criança e de outro, a entrega do recém-nascido aos seus pais. É comum nessa hora, questionamentos por parte dos profissionais de saúde se os pais serão capazes de cuidar de seus filhos, tão bem quanto eles.

As perdas mais graves para o grupo de cuidadores é quando ocorre a morte de um recém-nascido pois há o entendimento de que estão ali para salvar vidas. A própria característica do atendimento intensivo e a chegada de um novo recém-nascido, que precisa de cuidados, não permite que se elabore a despedida adequada da criança que se foi. Ainda que o leito seja preenchido, pode permanecer o vazio. Esses aspectos, em geral, não são discutidos pela equipe.

Da mesma maneira, as crianças com síndromes genéticas, malformações e situação de incompatibilidade com a vida, se constituem em perdas geradoras de estresse. Esses acontecimentos trazem exigências imensas para a equipe, podendo

ser observados comportamentos como afastamento da família e retraimento dos profissionais de saúde. Por vezes é difícil aceitar a impossibilidade de uma ação terapêutica para aliviar o sofrimento da criança e sua família.

3.3 Superlotação

A superlotação – ou o excesso de RN graves em um mesmo momento – é outro fator que dificulta o trabalho nas unidades neonatais. Neste contexto, fica evidente o desgaste físico e emocional da equipe de saúde. Trabalhar com a criança na incubadora, com tanta aparelhagem ao redor, na situação de superlotação, leva a uma diminuição do espaço disponível para os cuidados. Fica difícil aspirar, trocar fralda, dar leite por gavagem, cuidar da temperatura, pesar o RN. Acomodar os pais e as visitas, a cadeira para a mãe. Além disso, existem questões quanto à disponibilidade de material para as necessidades específicas de cada um dos pacientes, cumprir as recomendações do controle de infecção hospitalar, cumprir as recomendações de atenção a cada família. O barulho aumenta, considerando-se que mais pessoas estejam presentes neste lugar, as vozes aumentam de volume, a temperatura modifica-se, profissionais que não fazem parte deste plantão podem vir a ser chamados, rompendo com a forma de condução de cada equipe, seja médica ou de enfermagem.

Caso a rotina da unidade neonatal seja responsável por comportamentos representativos de estresse, também no corpo dos profissionais começam a surgir representações de seu desgaste. Assim, existem locais em que a hipertensão arterial é elevada na maioria da equipe. Perdas auditivas (quando existe predisposição) podem também ocorrer. Distúrbios vasculares e obesidade são representantes típicos de sinais de cansaço e de interferência do tipo de trabalho na vida do profissional.

Além desses sintomas físicos, Marshall e Kasman (1980) discutem o surgimento de sintomas emocionais associados, principalmente depressão, e de sintomas comportamentais em trabalhadores de UTI neonatal após alguns anos de trabalho. Os sintomas comportamentais podem ser identificados por meio de irritabilidade e intolerância do profissional de saúde com a família da criança, com os colegas de trabalho, ou mesmo em relação às atividades de rotina. É a chamada síndrome do Burnout que se aproxima de todos nós.

Referências

- LAMY, Z. C. **Unidade Neonatal: espaço de conflitos e negociações**. 2000. 161 f. Tese (Doutorado) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.
- MARSHAL, R. E.; KASMAN, C. Burnout in the Neonatal Intensive Care Unit. **Pediatrics**, [S.l.], v. 65, n. 6, p. 1161-1165, 1980.
- MATHELIN, C. **O sorriso de Gioconda**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

4 O estresse ocupacional e a síndrome de *burnout*



O estresse é um componente essencial da vida humana. Ele impulsiona o indivíduo a mudanças, a reinventar sua própria realidade. Nesta perspectiva, não há como uma pessoa encontrar um estado de pura harmonia, ou equilíbrio estático. O que move a vida é a interação continuada e flexível que ocorre entre os elementos organizadores e os desorganizadores dos sistemas humanos. Sempre há algo por se fazer, por se conquistar: as tensões das experiências humanas servem de gatilho para que a pessoa reaja em busca de seu próprio aprimoramento e do crescimento da coletividade (MORIN, 2011).

O estresse só pode ser entendido com um risco ao adoecimento quando se instala de maneira a engessar o indivíduo. Este se fixa nas situações de tensão, imobilizando-se. Um exemplo disso é o estresse ocupacional, que altera de forma improdutiva a relação do homem com o trabalho e com a vida, gerando a doença do esgotamento pelas atividades profissionais.

4.1 *Coping*

As estratégias de enfrentamento **que uma pessoa utiliza diante de situações de estresse** é chamada de *coping*. Lazarus e Folkman (1984) explicaram que, quando o estresse está presente na vida das pessoas, o *coping* torna-se diferencial, permitindo que tenham condutas funcionais diante da realidade. Trata-se de uma resultante da interação entre o indivíduo e o ambiente. Manifesta-se como maneiras de o indivíduo administrar situações estressoras, ao invés de controlá-las, ou inibir sua ação. Constitui-se na mobilização de esforços cognitivos e comportamentais para reduzir,

minimizar ou tolerar o evento estressor. Nesse sentido, é influenciado por traços de personalidade, também pela capacidade de resiliência da pessoa.

É de suma importância observar estratégias de *coping* ocupacional na unidade neonatal, uma vez que viabilizam a prevenção do agravamento do estresse em ambiente hospitalar. Estudos como os de Fogaça et al. (2008) identificaram as estratégias de enfrentamento em situações de estresse hospitalar em neonatologistas e enfermeiros de Unidade Neonatal. Lemaire e Wallace (2010) abordaram o *coping* apenas com médicos de unidade neonatal.

O *coping* pode ser estabelecido com foco no problema. A pessoa esforça-se para atuar na situação geradora do estresse, objetivando modificá-la, alterando a relação de tensão entre o ambiente e a pessoa. Há ainda o *coping* focado na emoção, havendo um esforço para regular o estado emocional associado ao estresse. A emoção do indivíduo é modulada diante da situação estressora, reduzindo a sensação desagradável causada pela mesma.

É exemplo de estratégia de enfrentamento a busca por suporte social, religioso ou por distração (ENDLER; PARKER, 1999; VITALIANO et al., 1985). Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais são recursos usados no estabelecimento de estratégias de *coping* por médicos e enfermeiros intensivistas neonatais. No mais, vale destacar que existe o *coping* religioso/espiritual, quando este tema orienta as condutas e os pensamentos reativos da pessoa para lidar com situações de estresse (PANZINI et al., 2011).

4.2 *Burnout*

O termo *burnout* é de origem inglesa, composto por *burn*, que significa queima, e *out*, exterior. Do ponto de vista metafórico, é uma indicação de que se apaga a chama/energia que a pessoa tem pela vida. A experiência é de perda patológica de energia, a pessoa deixa de exercer seu trabalho com a eficiência e a eficácia anteriores, torna-se improdutiva e infeliz.

É uma resposta ao estresse prolongado, de modo que o trabalhador não se encontraria capaz de acionar estratégias positivas de enfrentamento de sua realidade (PEREIRA, 2002). Pode-se afirmar, também, que a unidade neonatal é um cenário de trabalho predisponente a desencadear esta síndrome. Por isso **o Método Canguru entende o cuidado com o cuidador como uma das vertentes primordiais da prática de cuidado com o RN**. Entender os fatores que desencadeiam a síndrome, como ela age e as possibilidades de tratamento é um dos caminhos de prevenção em saúde do trabalhador.

De acordo com Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), a síndrome de *burnout* é detectada considerando-se três dimensões:

- ▶ **Exaustão emocional:** o profissional apresenta falta ou carência de energia. Perde o entusiasmo pelo trabalho, sentindo-se esgotado física e emocionalmente.

- ▶ **Despersonalização:** o profissional torna-se insensível, irônico, mostra-se indiferente na relação com o paciente, a família e com seus colegas de trabalho. Pode apresentar uma ausência de coleguismo. Passa a desconhecer seus limites nas situações sociais. Seu jeito de ser é alterado, tornando-se quase que insuportável conviver com esta pessoa.
- ▶ **Realização pessoal:** o profissional apresenta uma tendência a sentir-se insatisfeito com o trabalho. Há uma queda notória no seu desempenho profissional, atingindo diretamente sua autoestima. Pode chegar a abandonar a atividade profissional, ao concluir que seus esforços trabalhistas são inúteis, sentindo-se um fracassado. Nota-se a deterioração de seu rendimento e da qualidade das ações profissionais.

Pode apresentar sintomas, tais quais: comportamentos irritadiços, agressivos e de isolamento social; perda de prazer pelo trabalho; impotência sexual; tendência a avaliar negativamente a si mesmo e ao próprio colega de trabalho; cinismo; ideias persecutórias (acredita que, se um RN não sobreviveu, foi porque os colegas desconsideraram propositalmente as orientações que emitiu, tendo alguém no setor querendo prejudicá-lo), pessimismo (com pensamentos de que nada no serviço poderá ficar melhor, não dar crédito a novas propostas de trabalho), insatisfação no e para o trabalho; comprometimentos psicossomáticos associados (alterações cardiorrespiratórias, gastrite, úlceras, distúrbios do sono, náuseas, perda ou ganho acelerado de peso, dores de cabeça constantes).

Entre as comorbidades, a pessoa com síndrome de *burnout* pode ter experimentado anteriormente o comportamento de automedicação, ou o abuso de medicações psicotrópicas. Outros transtornos podem estar associados, como a depressão. No entanto, síndrome de *burnout* não é um tipo de depressão (GUIMARÃES; CARDOSO, 2004), nem corresponde a um estresse crônico. **É uma doença gerada pelo e no contexto de trabalho, resultante das condições extremas de estresse prolongado.** Seus efeitos podem atingir a relação da pessoa doente com sua família e amigos, para além do cenário de trabalho. É tão grave que pode levar a comportamento suicida. Portanto, apresenta efeitos nocivos ao indivíduo, também à organização na qual trabalha, como pode ser prejudicial à unidade neonatal como um todo. Além disso, segundo Tito et al. (2013), pode comprometer a segurança dos pacientes.

É importante apontar que os profissionais de saúde que têm risco potencial de desenvolver a síndrome de *burnout* são aqueles que assumem sua atividade de trabalho com digna responsabilidade e compromisso. Pessoas assertivas, determinadas, proativas, empolgadas em suas ações de cuidado, que revelam notório desempenho em seu histórico profissional são vulneráveis a esta doença. Esses profissionais costumam ser idealistas, apresentam alto desempenho para atingir as metas do serviço, movidos por sua filosofia otimista e produtiva de mundo, que lhe faz ter sede por mudanças, pelo sucesso, prezando pela eficiência e eficácia no trabalho. Exemplificando no cenário neonatal, apresentam vulnerabilidade ao adoecimento no trabalho, contraditoriamente, aqueles profissionais de saúde tão desejados e defendidos no século XXI: com competências, habilidades e atitudes válidas para a promoção de saúde de um recém-nascido.

Quando os fatores de risco no trabalho se instalam por uma intensidade insuportável, o indivíduo, tão envolvido em suas tarefas profissionais, pode vir a não conseguir enfrentar a realidade de outra maneira senão por via da doença. Essas pessoas não suportaram a pressão continuada no ambiente de trabalho; ou a falta de reconhecimento profissional, ainda que se empenhe e atinja a excelência em suas ações ocupacionais; ou até mesmo se depararam com a inaplicabilidade das metas do serviço. Por isso, uma variável importante na prevenção é de fato o cuidado continuado com a saúde mental.

“Para que eu possa cuidar do outro, devo, antes, cuidar de mim.”
(ESSLINGER, 2003, p. 11)

De acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), o que gera o *burnout* é o fato dos profissionais terem se esquecido de si mesmos, tornando-se incapazes de reconhecer que precisam de ajuda. No campo da Saúde Pública, são profissionais que se empenham tanto em cuidar do paciente e cumprir metas do serviço que ficam indisponíveis para si mesmos, sem aceitar suas necessidades de cuidado.

A responsabilidade pelo desencadeamento da doença, no entanto, não é de exclusividade no trabalhador. Esta leitura culpabilizaria a pessoa doente, negligenciando as responsabilidades/fragilidades do ambiente de trabalho e a perspectiva multicausal do adoecimento. As tensões e os fracassos continuados da instituição geram indivíduos com risco de síndrome de *burnout* e podem desencadear equipes desintegradas, adoecidas, com relações interpessoais intoleráveis. Gestores insensíveis com seus funcionários podem banalizar o sofrimento profissional, na inobservância deste fenômeno clínico. Estabelecimento de metas não factíveis, assédio moral, inaplicabilidade da divisão de tarefas são fatores corporativos que influenciam a instalação da síndrome. Os profissionais com síndrome de *burnout* revelam a fragilidade do sistema organizacional em potencializar as resiliências individuais e coletivas. Denunciam que o próprio serviço está construindo uma dinâmica de vida institucional que gera adoecimento, com maneiras improdutivas de enfrentar sua realidade.

O tratamento para a síndrome de *burnout* é acompanhamento psiquiátrico e psicológico complementar, além do afastamento das atividades de trabalho. Recomenda-se que o profissional de saúde ocupe seus dias com atividades de lazer, esportivas ou quaisquer outras que lhe sirvam de terapia complementar. No mais, o próprio serviço pode pensar uma logística de projetos que se voltem a cuidar do cuidador de modo preventivo.

Referências

ENDLER, N. S.; PARKER, J. D. A. **Coping inventory for stressful situations (CISS)**: Manual. Toronto: Multi-Health Systems, 1999.

ESSLINGER, I. O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. **O Mundo da Saúde**, [S.l.], v. 27, n. 3, p. 373-381, 2003.

- FOGAÇA, M. C. et al. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 261-266, 2008.
- GUIMARÃES, L. A. M.; CARDOSO, W. L. C. D. Atualizações Sobre Síndrome de Burnout. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). **Série Saúde Mental e Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. cap. 2. v. 3.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress Appraisal and Coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984.
- LEMAIRE, J. B.; WALLACE, J. E. Not all coping strategies are created equal: a mixed methods study exploring physicians' self reported coping strategies. **BMC Health Services Research**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 208, 2010.
- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. **Annual Review of Psychology**, [S.l.], v. 52, p. 397-442, 2001.
- MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.
- PANZINI, R. G. et al. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/ espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 153-165, 2011.
- PEREIRA, A. M. B. (Org.). **Burnout quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M. **Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice**. 2. ed. Lisboa: Ambar, 2006.
- TITO, R. S. et al. Síndrome de Burnout em enfermagem pediátrica e neonatal: revisão de literatura. **Revista Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 4, n. 3-4, p. 194-197, 2013.
- VITALIANO, P.; RUSSO, J.; CARR, J. E. The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. **Multivariate Behavioral Research**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 3-26, 1985.

5 Cuidando da equipe

Uma das formas de estabelecer melhores condições de trabalho para a equipe é institucionalizar um espaço grupal para discussão de situações vivenciadas no dia a dia, tanto do manejo com o recém-nascido e sua família quanto entre os integrantes da equipe de saúde.

É importante que haja um lugar para que a equipe possa se encontrar longe do espaço da UTI neonatal. Obviamente, nem todos os integrantes da equipe poderão participar. Talvez uma rotatividade na presença das diferentes equipes seja uma opção. As dificuldades surgidas para realizar esses encontros em alguns momentos são totalmente razoáveis: superlotação, chegada de mais de um RN para internar ao mesmo tempo ou, ainda, muitas crianças graves na UTI. Porém, é importante observar se outro horário facilitaria sua ocorrência. E deve-se facilitar a participação de todos os membros, independentemente da função que executam na unidade neonatal (técnicos de Enfermagem, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, entre outros).

Tais grupos podem discutir casos que estejam sendo atendidos, ou estabelecer uma discussão livre de um assunto que mobilizou ou mobiliza o grupo, inclusive sobre erros da equipe. Os assuntos devem surgir espontaneamente, deixando os profissionais verbalizarem angústias, medos, insatisfações experimentadas no trabalho. Inclusive, debaterem sobre estratégias de enfrentamento de situações de estresse laboral. Em geral, iniciam-se com queixas sobre os pais, dificuldades em aceitar alguma conduta da família. Mas é interessante observar os conteúdos pessoais relacionados à vida no trabalho, como, por exemplo, a inexistência de lazer. Como é difícil para quem está sempre em alerta para a emergência, pronto para tomar uma decisão rápida, permitir-se um sossego, um sono reconfortador após um plantão tumultuado!

5.1 *Briefing e debriefing*

Outra metodologia que vem sendo discutida como cuidado com as equipes de unidades neonatais refere-se ao uso da simulação aliada ao *briefing* e ao *debriefing* (ROSE et al., 2002), especialmente para discussões de temas mobilizadores e que requerem rapidez, clareza e tranquilidade na intervenção. Também serve para trabalhar com a equipe situações envolvendo erros, falhas na atuação com o paciente, desacertos entre plantões e intra-equipes. Programam-se encontros de discussão com técnicas de simulação do que ocorreu ou que se pretende adotar uma nova técnica de intervenção que deve passar a ser utilizada. Durante o *briefing*, discutem-se as regras, as normas, escolhem-se os participantes. Após a simulação, parte-se para o *debriefing*, no qual serão discutidos aqueles aspectos considerados fundamentais pelo grupo após a experiência ocorrida e a observação da simulação. Estas técnicas preveem a

coordenação de algum profissional da equipe e que conheça bem o funcionamento da instituição, tenha boa experiência com liderança e coordenação de grupos.

A utilização do *debriefing* é recomendada para situações que facilitem o manejo de situações traumáticas. Para trabalhar a equipe frente a um acontecimento adverso (perda de um RN, falha em algum procedimento colocando em risco o RN ou sua mãe, por exemplo), sua ocorrência deve ser o mais perto possível do evento. As pessoas diretamente envolvidas devem fazerem-se presentes para que a discussão possa ocorrer e chegar ao seu objetivo. Apresentar a situação em seus detalhes e desdobramentos irá oferecer a compreensão dos fatos até a criação de estratégias para sua não repetição.

5.2 Compartilhando o plantão

A passagem do plantão também representa um momento de encontro entre as equipes. Não deve nunca ser realizada de forma separada entre as equipes de Enfermagem e médica. Deve, inclusive, incorporar outras categorias profissionais como o psicólogo, assistente social, entre outros, evitando não apenas o risco de adotar uma visão dicotomizada do RN, mas também muito do estresse surgido por falhas na comunicação entre as diferentes categorias.

A proposta é fazer “circular a palavra” no grupo, por favorecimento da interdisciplinaridade, lançando aos profissionais o desafio de saber viver as contradições institucionais, utilizando-se de *coping* positivo para lidar com o ambiente de trabalho. Trata-se da organização de saúde e por sua parte fazer veicular o protagonismo profissional.

Além dos grupos, a unidade neonatal pode fornecer aos profissionais estímulo e facilitação, por exemplo, para atividades de lazer, trabalhos corporais, meditação, cuidados médicos, com a atualização de seus exames de rotina.

A experiência como plantão compartilhado entre as equipes tem mostrado resultados positivos, inclusive em relação a distorções no relacionamento entre equipes de enfermagem e médica, por exemplo. A dúvida pode ser resolvida, o questionamento pode ser realizado de forma imediata. Não precisamos correr o risco de uma intervenção falhar ou ser equivocada para que a dúvida seja sanada. A inclusão nos grupos de diferentes membros da equipe pretende estabelecer formas mais adequadas de comunicação entre seus integrantes para que isso se traduza numa integração maior do grupo de trabalho, possibilitando formas de abordagem das tarefas mais padronizadas. Isso é fundamental quando pensamos nas diferentes formas como os diversos grupos de plantões estabelecem suas atividades e suas relações. Cada grupo tem seu estilo, determinando respostas diferentes e caminhos distintos no desenvolvimento de suas atividades de rotina.

5.3 Cuidados possíveis

A importância de exames médicos periódicos, principalmente para avaliação diante dos distúrbios psicossomáticos decorrentes da atividade profissional, é, sem dúvida, inquestionável. Está diretamente relacionada à nossa capacidade de nos cuidarmos, em termos emocionais e de saúde física.

Essa relação ambígua e ambivalente com nosso objeto de trabalho parece vir de encontro a uma tentativa de desvalorizar a gravidade da situação em que estamos envolvidos. Exames de rotina da mulher, assim como do homem, estímulo a atividades de lazer, ou mesmo incentivo à formação de equipes de caminhadas, corridas, atividades relacionadas à arte – como pintura, canto, dança –, facilitados e apoiados pela instituição, são de valor inquestionável.

Controle das vacinas indicadas para este trabalho e orientação quanto à prevenção de possíveis acidentes no uso de agulhas, tesouras, bisturis devem ser valorizados pelos gestores. No entanto, a maioria desses trabalhos ocorre de forma rotineira, muitas vezes de maneira mecânica e automática, pois presume-se que tudo já é conhecido pelo grupo. Na verdade, é; porém, ninguém acredita que vai acontecer consigo. Mas, se uma enfermeira, em um manuseio inadequado, acidentar-se com uma agulha de um recém-nascido recém-chegado, cuja história é desconhecida para a equipe, haverá mobilização de todo o seu grupo de trabalho. Cabe pensar que nossa função de cuidadores de RN implica cuidar de sua família, que **somos o continente ou o envelope que protege e facilita seus contatos e interações**, mas devemos entender que a instituição na qual trabalhamos deve ser capaz de fazer o mesmo conosco.

O cuidado e a atenção da gestão institucional deve ser o envelope que contém e protege os profissionais da equipe frente às adversidades do trabalho desenvolvido.

A instituição deve mostrar que precisamos cuidar de nós mesmos, oferecendo espaço para discussão de nossos sentimentos e frustrações, mas também se lembrando dos cuidados mínimos que devemos ter como trabalhadores da saúde, observados nas recomendações do HumanizaSUS no que compete ao cuidado com o cuidador. Aliás, a saúde do trabalhador é regida pelos princípios e pelas diretrizes do SUS. Portanto, o **quem cuida de quem cuida** deve ser uma tarefa da gestão da instituição. Isso às vezes não está claro, mas não podemos esperar que alguém da equipe se contamine ao realizar um procedimento, não podemos compactuar com elevadas taxas de absenteísmo e rotatividade em nossas unidades neonatais. Precisamos que alguém possa entender o risco de contaminação que corremos. Nossa vulnerabilidade deve ser reconhecida e atendida. Eis a importância da participação do grupo, da equipe, da relação entre os colegas.

Com base nas informações deste Módulo “O cuidador e seu ambiente de trabalho”, pode-se emprestar a palavra ao recém-nascido da unidade neonatal, que diria a seus cuidadores (equipe de saúde):

“Para que eu, além de sobreviver, possa existir para a vida em família e na sociedade, preciso também de que vocês zelem pela própria existência. Para que eu fique bem, é importante que vocês se autorizem ao autocuidado. Nós, bebês, não merecemos que vocês se esqueçam de si mesmos. Cuidem-se!”

Referência

ROSE, S. et al. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], n. 2, p. CD000560, 2002.



Chegando ao final



“Todas as artes contribuem para a maior de todas as artes, a arte de viver.”

Bertolt Brecht

Encerrando este Manual, 3ª edição, podemos dizer que uma grande construção fez parte de sua produção. Muitas mãos se encontraram, muitos corpos se tocaram, palavras, autores, conceitos e experiências se entrelaçaram para cuidar e apoiar as histórias vividas e acompanhadas em nossas unidades neonatais. Pressupostos e diretrizes foram sendo criados e reconstruídos, pois adaptações fizeram-se necessárias para que se aproximassem do que estas tênues vidas solicitavam. E o seu cuidar exigiu diferentes artes do saber em sua construção.

Como pôde ser observado, os caminhos percorridos pelos profissionais das diferentes equipes, em parceria com as famílias atendidas em suas maternidades, mostram que os objetivos e os ideais deste Método permitem que alcancemos resultados positivos e favoráveis nas aquisições das crianças e suas famílias.

Esta atualização que amplia temas que fazem parte de nossas discussões atendeu solicitações surgidas durante cursos e treinamentos e aprimorou conceitos utilizados dentro do escopo teórico do MC. Conceitos estes estabelecidos pela prática diária e pelos resultados em pesquisas e estudos desenvolvidos em vários pontos do País.

Como o leitor acompanhou, todo o cuidado com o RN, bem como com sua família, foi avaliado e pensado a partir de um olhar integral. Foi possível percorrer, nestas páginas, o seu mundo interno, subjetivo, sua fisiologia, percursos da história familiar e sua relação tão especial com a equipe e o ambiente das unidades neonatais, assim como estratégias de atenção e cuidado apoiadas num vasto escopo teórico, autores que dividimos com vocês, bem como pela prática diária de assistência calcada nas tarefas de múltiplas equipes multiprofissionais.

O amadurecimento do grupo gestor aliado ao apoio constante e profundo do grupo de Consultores Nacionais, bem como dos tutores estaduais, permitiu uma nova organização dos temas propostos, o retorno da discussão clínica e a observação criteriosa da temporalidade do Método Canguru – desde a gestação, com o apoio da Atenção Básica de Saúde, até que esta pequena criança alcance o peso de 2.500 g, iniciando sua vida junto a sua família e em sua comunidade, como cidadão brasileiro. E, novamente, com o apoio das equipes da Atenção Básica, que compartilham com as equipes hospitalares a terceira etapa dos cuidados desta criança e de sua família.

No entanto, temos clareza de que, nestas páginas, apontamos apenas a superfície do conhecimento existente sobre os recém-nascidos. A cada frase aqui colocada cresceu a curiosidade e a indicação da necessidade de que ocorram muitos estudos, especialmente em nossas unidades neonatais, pois esta população de crianças possui uma história única, diferenciada, apenas sua, com questões desenvolvimentais específicas. Pretendemos, com isto, sugerir que, para esta criança que nasce de forma antecipada ou muito pequena, novos paradigmas de sua construção, seja psíquica, cognitiva, social, fisiológica, tenham paradigmas próprios.

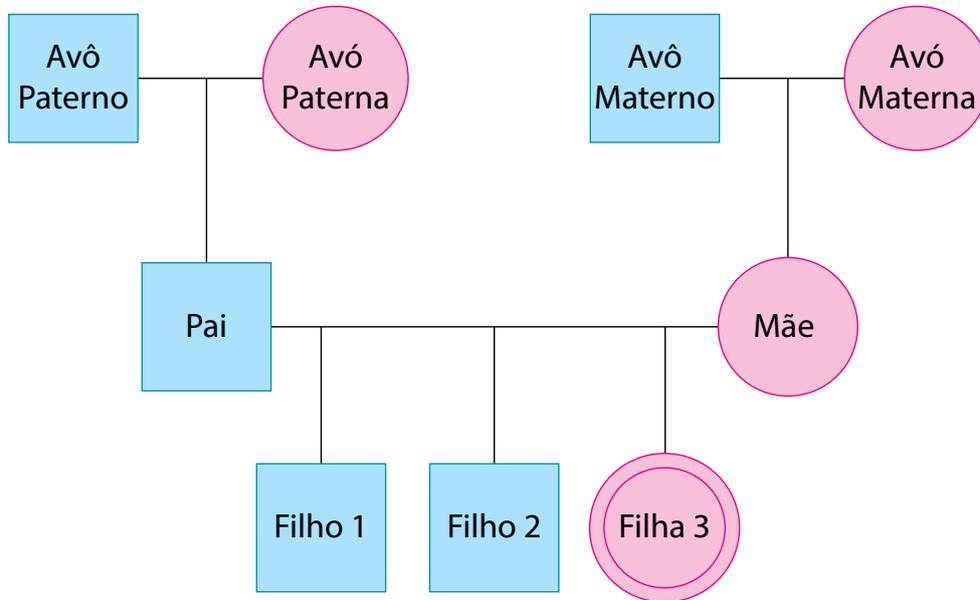
Esperamos que os leitores possam utilizar estas informações na prática diária de seus cuidados às crianças e suas famílias, nas diferentes unidades neonatais deste Brasil. Que elas possam estimular novas observações, novos estudos, busca de outras informações, contribuindo para o desempenho cada vez mais criterioso e benéfico dos cuidados neonatais.

Anexos



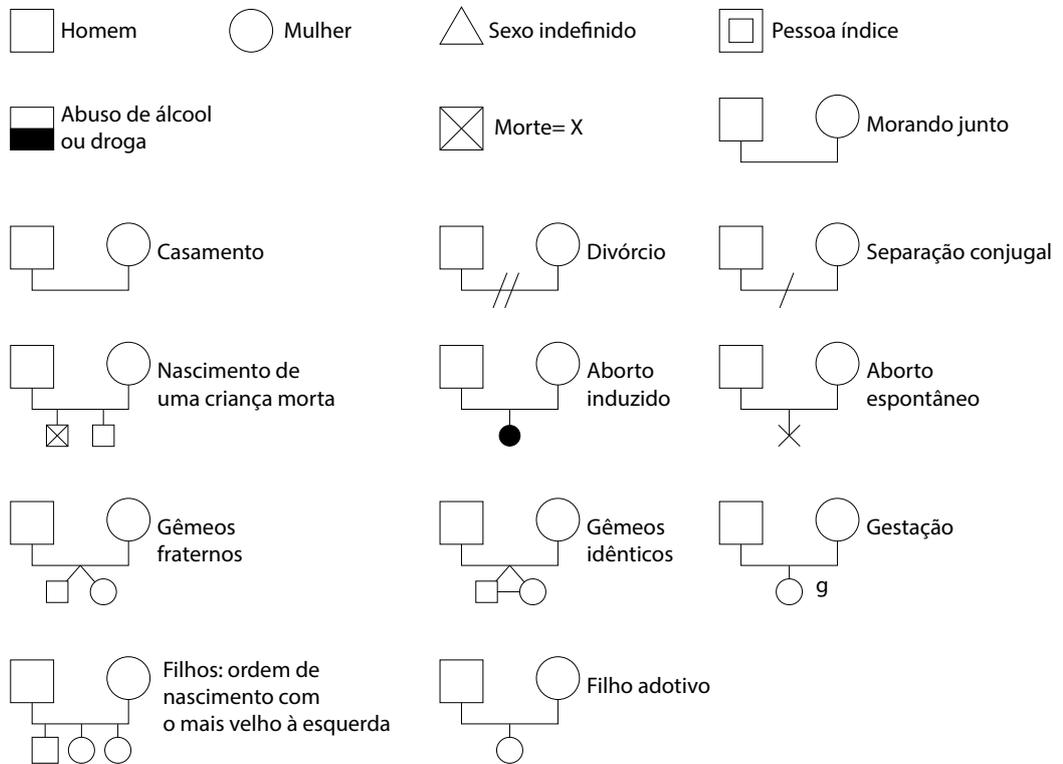
Anexo A – Modelo gráfico do genograma

(Baseado em McGoldrick & Gerson, 1995)

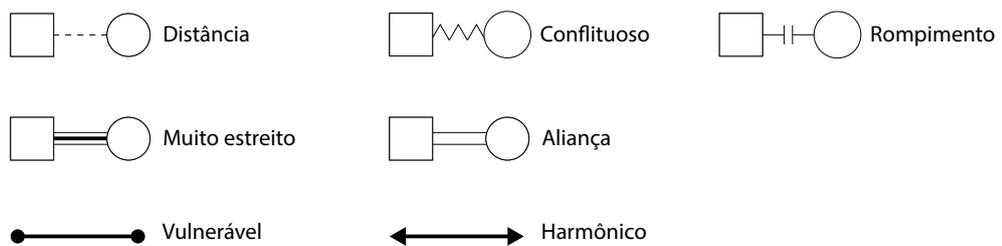


Anexo B – Símbolos do genograma

(Baseado em McGoldrick & Gerson, 1995; 2005)

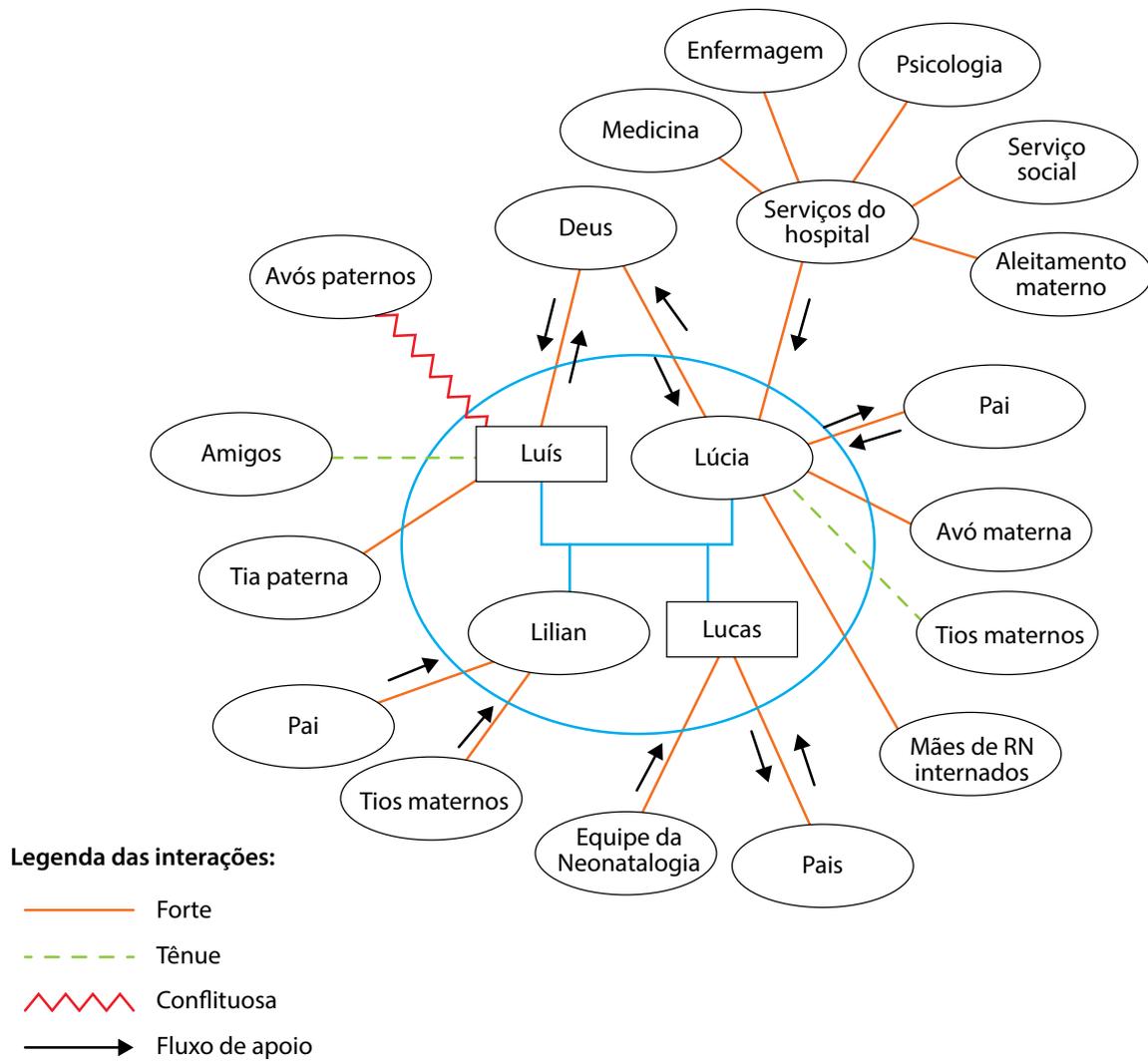


Relacionamentos:



Anexo C – Modelo gráfico do ecomapa

(Baseado em Pillitteri, 1992 e adaptado por Custódio, 2010)





Método anguru

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



FUNDAÇÃO JOSUÉ MONTELLO



Universidade Federal do Maranhão



MINISTÉRIO DA SAÚDE

