

Psicologia neonatal: Teorias e Prática

Elvidina N. Adamson-Macedo PhD CPsychol AFBPsS¹

DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119236>

Na década de 70 e parte da década de 80, no Reino Unido, os pais podiam visitar seus bebês prematuros no hospital apenas por algumas horas, pela manhã e pela tarde. Eles também não eram encorajados a manusear ou tocar nos seus bebês com receio de infecção. Esta situação era ainda mais deprimente em outras partes do mundo, como em Bangkok onde as mães teriam que ficar do lado de fora separadas de seus bebês por um painel de vidro. Outros países como China e Romênia não tinham unidades especiais para cuidar do bebê prematuro, parece que adotavam uma abordagem de “deixe que a natureza se encarregue”.

Em 1979 e nos anos 1980 quando iniciei meu Doutorado (Universidade de Londres, Bedford College), hospitais em Londres e nas redondezas não tinham psicólogos como parte da equipe da Unidade de Cuidados Especiais do Bebê. Psicólogos trabalhando diretamente com pais de prematuros no hospital eram raros, usualmente eram estudantes coletando dados para suas pesquisas. Eu me sinto abençoada por ter sido supervisionada por um Orientador extraordinário, o falecido Prof. Brian Foss. Ele tinha conexão com colegas nas Unidades de Cuidados Especiais do bebê e uma paixão por dar oportunidades aos alunos estrangeiros, organizou para que eu realizasse minha pesquisa, inicialmente em uma das unidades mais progressivas do Reino Unido no Hospital Geral High Wycombe. Essa foi a primeira unidade que permitiu que as mães ficassem com seus bebês dia e noite em quartos anexos as unidades de cuidados especiais, que era liderada por um neonatologista, uma pessoa humana extraordinária, com visão progressiva, o falecido Dr. D.G. Sua delicadeza, apoio e direção no início da minha jornada científica são inesquecíveis.

Depois de High Wycombe e a unidade Queen Charlotte's eu concentrei meus esforços apenas na Unidade de Cuidados Especiais do Bebê em Hospital St George's. Apesar do meu sotaque estrangeiro e minha decisão de trabalhar apenas com o tato, médicos e enfermeiras foram cautelosos, me senti bem-vinda e todos me

deram apoio. Os pais foram receptivos e muitos deles se tornaram grandes amigos até hoje.

Pesquisa médica durante aquele período mostrava que o manuseio do bebê na incubadora não era benéfico e os desestabilizava, portanto devia ser evitado. Manuseio e tato eram considerados semelhantes, então meu primeiro passo foi diferenciar o manuseio do TOCAR. Quando se manuseia um bebê ele/ela é tocado, mas não se precisa manusear quando se toca o bebê sistematicamente, como no novo programa que eu estava desenvolvendo.

Meu segundo passo foi questionar os conceitos vigentes de que prematuros hospitalizados eram estimulados demais ou de menos. Minhas observações dos bebês apontavam na direção de que eles eram estimulados de uma maneira inapropriada para aquele momento no seu desenvolvimento. Já que o TATO é o primeiro sistema a aparecer e se desenvolver nós deveríamos “sincronizar” com a natureza para aumentar a qualidade dos cuidados, relacionando nossa intervenção psicológica com o momento de desenvolvimento do bebê. Nós poderíamos estar “fazendo a coisa certa, de forma correta, no momento certo e pela razão correta a fim de que o resultado desejado seja alcançado...”¹ parafraseando Nabialczyk-Chalupowski no seu Editorial excelente quando se refere ao conceito de qualidade como “tão antigo quanto a história humana documentada”¹.

Foi o começo do primeiro programa de nutrição sensorial a ser implementado e avaliado, usando apenas o tato para cuidar e ajudar no desenvolvimento do prematuro hospitalizado. Foi o nascimento do programa TAC-TIC (Touching And Caressing - Tender In Caring)² e o início de uma linha de pesquisa original com prematuros hospitalizados não ventilados (1980s, 1990s e 2000s) e ventilados nos anos 80 e 90.

Este Editorial focaliza na jornada científica de uma subdisciplina nova que eu chamei inicialmente de Psicologia Neonatal^{3,4}. Desenvolvemos, implementamos e avaliamos os efeitos do primeiro programa unimodal de nutrição sensorial (TAC-TIC) para cuidar do bebê prema-

¹ Emeritus Professor of Maternal-Infant Mental Health (University of Wolverhampton [UK], Retired [CHSCI], formerly School of Health)
Corresponding author: Elvidina N. Adamson-Macedo - E-mail: enadamsonmacedo9@gmail.com

Suggested citation: Adamson-Macedo EN. Neonatal Psychology: Theories and Practice. *J Hum Growth Dev.* 26(2): 129-132. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119236>.

Manuscript submitted: Jun 19 2016, accepted for publication Jul 14 2016.

turo hospitalizado. Identificamos a teoria mais apropriada dentro da Psicologia do Desenvolvimento para ser a estrutura teórica deste programa de cuidados psicológicos do bebê. Identificamos então a teoria de Gottlieb⁵ como a teoria de sistema mais apropriada. Também propusemos um modelo para explicar as experiências do bebê antes, durante e depois de receber a intervenção que, pela primeira vez poderia ser visualizado e quantificado^{6,7,8}. Além disso, poderia controlar a qualidade dos cuidados psicológicos oferecidos a cada bebê individualmente, através da observação e avaliação de suas respostas imediatas. Este modelo posteriormente foi adaptado para ser usado com adultos⁹.

Neonatologia é uma sub-disciplina bem estabelecida da medicina que se resume nos cuidados médicos ao recém-nascido, importância especial é dada aos recém-nascidos de risco ou prematuros. Neonatologia é uma especialidade praticada no hospital e normalmente ocorre na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). Neonatologia se desenvolveu rapidamente nos anos 1970 e 1980 adquirindo conotações multidisciplinares, este progresso mostrou a importância de unir os conhecimentos e experiências de profissionais da medicina, psicologia e pais para melhorar a qualidade dos cuidados físicos e psicológicos do recém-nascido, isto é particularmente importante para os prematuros que são hospitalizados.

Desta forma, na expansão das fronteiras da Neonatologia, quando enfermeiras estavam também sendo treinadas em cursos especiais, apareceu a oportunidade para a psicologia dar uma contribuição efetiva para a teoria e a qualidade dos cuidados do recém-nascido o qual eu via como um ser humano único, emergente, coacional e hierárquico, um sistema aberto. A estrutura formal para esse campo foi chamada inicialmente Psicologia Neonatal³.

Há certamente várias definições para a psicologia, mas a expressa por W. James em 1890 é indiscutível: “a ciência da vida mental, seus fenômenos e suas condições. Os fenômenos são o que chamamos de sentimentos, desejos, cognição, racionalização, decisões entre outros”³. Para mim o prematuro tem uma mente⁴.

Há também muitas teorias sistêmicas usadas para explicar desenvolvimento tal como ecológico, transacional, contextual, interativo, probabilístico, epigenético, individual, sociológico, e comportamento estrutural. A que escolhi para definir a Psicologia Neonatal é a teoria sistêmica de G. Gottlieb⁵. Desta forma baseada em W. James e Gottlieb eu defini a Psicologia Neonatal

como “o estudo científico dos fenômenos da vida mental e o comportamento do prematuro como um sistema emergente, coacional e hierárquico”³. Desta forma dando a estrutura teórica para explicar sistematicamente o desenvolvimento psiconeurobiológico do prematuro particularmente do que se encontra hospitalizado, como um sistema aberto.

Central a esta estrutura teórica está a noção de COAÇÕES horizontais (por exemplo gene a gene) e verticais (por exemplo genes ao meio-ambiente)⁵. De maneira a simplificar a visualização de como essas coações poderiam ser detectadas, o “Modelo de Equilíbrio”⁶ foi desenvolvido e usado para testar a hipótese que dado um cuidado apropriado para o bebê o seu organismo é capaz

de auto-regulação e o seu comportamento, fisiologia e sistema imunológico podem responder a uma ordem positiva espontânea desta forma facilitando o desenvolvimento do bebê. O que faz o desenvolvimento acontecer é a relação de 2 ou mais componentes e não os componentes isoladamente.

Relacionando a intervenção ambiental/psicológica com as necessidades do bebê naquele momento específico, o cuidador esta ‘sincronizando’ com a necessidade de desenvolvimento do bebê, e a auto-regulação é encorajada facilitando o equilíbrio entre os vários sistemas deste frágil, mas resistente organismo, na terminologia de Gottlieb poderíamos dizer “a canalização⁵ apropriada está acontecendo e assim facilitando o desenvolvimento”. A importância de escolher o programa de cuidados apropriado é essencial, isto é o que todos os neonatologistas têm como objetivo (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos) para oferecer cuidados de qualidade¹. Um exemplo claro pode ser observado no nosso trabalho que levou a sistematização da psiconeuroimunologia neonatal^{6,7,8}. Eu tive o privilégio de trabalhar com excelentes neonatologistas (médicos, enfermeiros, parteiras e fisioterapeutas) em diferentes hospitais e pais e avós excepcionais.

Minha paixão científica foi sempre de inovar, desenvolver, implementar e avaliar os programas de cuidados para o prematuro hospitalizado e seus pais, com o intuito de promover suas chances de uma sobrevivência intata e uma relação rica entre seus pais from birth. A separação precisa de ser evitada¹³. Deste modo, com o estabelecimento da Psicologia da Saúde em 1994, a época era apropriada para redefinir a psicologia neonatal em Psicologia da Saúde Neonatal (PSN). Ainda usando a mesma estrutura teórica, mas definida como “o estudo científico dos processos biopsicosociais e comportamentais nos cuidados da saúde em estado saudável e em doenças do recém-nascido durante seus primeiros 28 dias de vida, e a relação desses processos com o desenvolvimento posterior”^{10 11 12}.

Avaliação e Controle são essenciais a fim de que se consiga verificar a Qualidade dos Cuidados, sejam eles médicos ou psicológicos. O escopo ou campo da Psicologia da Saúde Neonatal (PSN)^{10,11} abrange três áreas, como se segue:

1. Avaliação: procedimentos e métodos de diagnóstico;
2. Programas de intervenção que visem à nutrição sensorial do bebê, o apoio à família e aos profissionais da saúde que cuidam do bebê;
3. Propostas de paradigmas novos.

Assim a origem da PSN pode ser seguida através dos cinco caminhos distintos e descritos abaixo, apesar de que 2, 3 e 4 estão intimamente relacionados:

1. Psicologia e Medicina Pré-natal e Perinatal¹⁴
2. Neonatologia¹⁵
3. Neonatologia ambiental¹⁵
4. Neonatologia ambiental e do desenvolvimento¹⁶
5. Psicologia Neonatal³

Como Nabialczyk-Chalupowski¹ tão bem discutiu o problema de que apesar da acumulação de milhares de publicações ainda não existe consenso com a definição do conceito de qualidade de cuidados médicos. Muito tem sido também publicado sobre a necessidade de se oferecer cuidados psicológicos de qualidade desde o nascimento. Gostaríamos de pensar que a maioria dos Berçários teriam atualmente um psicólogo neonatal ligado ao grupo, mas a realidade é outra. E apesar dos progressos feitos nos cuidados desses bebês, prematuros continuam a ser um problema da Saúde Pública. A taxa de sobrevivência melhorou muito, mas a morbidez aumentou.

Apesar de todos os progressos e contribuições da psicologia, o número de psicólogos ligados a UTI neonatal continua baixo. A psicologia da Saúde Neonatal foi ensinada a psicólogos que participaram dos cursos de Psicologia do Desenvolvimento e Psicologia da Saúde nos quais a autora estava lecionando e conduzindo pesquisa – Universidade de Wolverhampton e Midland Hospital, no Reino Unido. Além disso, foram dados cursos domésticos e internacionais e foi feita a disseminação em Conferên-

cias Internacionais e/ou colaboração científica na Europa, Brasil e Estados Unidos.

A estrutura teórica exposta sucintamente aqui pode certamente ser usada por qualquer profissional da saúde neonatal. Sumarizando, há ainda muito trabalho a ser feito para promover a formação de psicólogos neonatais doméstica e internacionalmente para trabalharem com neonatologistas, enfermeiros neonatais, fisioterapeutas neonatais e outros profissionais do sistema de saúde para promover a saúde e desenvolvimento de prematuros hospitalizados. Nossa pesquisa mais recente em variáveis maternas i.e. auto-eficácia materna¹⁷ durante a hospitalização do bebê usando nossa escala percepção da auto-eficácia¹⁸ da parentalidade materna em amostra brasileira^{19,20}; as portas estão abertas para continuar a jornada científica da Psicologia da Saúde Neonatal e de sua prática nas UTI neonatais para implementar, medir e controlar a qualidade dos cuidados psicológicos a partir do nascimento.

“New opinions are always suspected and usually opposed, without any other reason but because they are not already common.” (John Locke).

■ REFERÊNCIAS

1. Nabialczyk-Chalupowski M. Tracking the origins, defining and quantifying quality of care: can we reach a consensus. *J Hum Growth Dev.* 2016;26(2):133-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119237>
2. Macedo EN. Effects of very early Tactile Stimulation on very-low birthweight Infants – a 2-year follow-up study. (Unpublished doctoral dissertation) - University of London. Bedford College: 1984.
3. Adamson-Macedo EN. Neonatal Psychology: system development. In: Cockburn F. *Advances in perinatal medicine. The Proceedings of the XV European Congress of Perinatal Medicine.* The Parthenon Publishing Group. New York: 1997; p.292-302.
4. Adamson-Macedo EN. The Mind and body of the preterm neonate. *Int J Prenatal Perinatal Psychol Med.* 1998;10(4):439-6.
5. Gottlieb G. *Individual Development and Evolution: The Genesis of Novel Behavior.* Oxford University Press. New York: 1992.
6. Adamson-Macedo EN. Neonatal Psychoneuroimmunology: Emergence, scope and perspectives. *Int J Prenatal Perinatal Psychol Med.* 1997;9(4):421-40.
7. Hayes JA, Adamson-Macedo EN, Perera S. The Mediating role of Cutaneous Sensitivity within Neonatal Psychoneuroimmunology. *Neuro Endocrinol Lett.* 2000;21(3):187-93.

8. Hayes JA, Adamson-Macedo EN, Perera S, Anderson J. Detection of secretory immunoglobulin A (SIgA) in saliva of ventilated and non-ventilated preterm neonates. *Neuro Endocrinol Lett.* 1999;20(1-2):109-13.
9. Bellingham-Young DA, Adamson-Macedo EN. The impact of birthweight on adult minor illness: a study on a sub-clinical population. *J Hum Growth Dev.* 2013;23(1):111-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.50416>
10. Adamson-Macedo EN. Pathways in the Emergence of Neonatal Health Psychology (NNHP), and its scope *Int J Prenatal Perinatal Psychol Med.* 2000;12(1):15-39.
11. Adamson-Macedo EN. O Surgimento e os caminhos da Psicologia da Saúde Neonatal (PSN). In: Correa Filho L, Correa MEG, França PS. *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos. saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê.* L. G. E. 2002; p.458-77.
12. Adamson-Macedo EN. Neonatal Psychology [NNHP]: Theories and practice. *Neuro Endocrinol Lett.* 2004;25(Suppl. 1):9-34.
13. Adamson-Macedo EN. Éviter la separation. In: Eliacheff C, Szejer M. *Le bébé et les ruptures Séparation et exclusion.* Paris: Albin Michel; 2003; p.154-69.
14. Fedor-Freybergh PG, Vogel VML. *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine, Encounter With the Unborn: Comprehensive Survey of Research and Practice.* The Parthenon Publishing Group. 1988.
15. Gottfried AW, Gaiter JL. *Infant Stress Under Intensive Care: Environment Neonatology.* Baltimore: University Park Press; 1985.
16. Wolke, D. Environmental and developmental neonatology. *J Reproductive Infant Psychol.* 1987;5(1):17-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02646838708403471>
17. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: Freeman; 1997.
18. Barnes CR, Adamson-Macedo EN. Perceived Parenting Self-Efficacy (PMP S-E) of mothers who are breastfeeding hospitalized preterm neonates. *Neuro Endocrinol Lett.* 2004;25 (Suppl. 1):95-102.
19. Tristão RM, Neiva ER, Barnes CR, Adamson-Macedo EN. Validation of the scale of perceived self-efficacy of maternal parenting in Brazilian sample. *J Hum Growth Dev.* 2015;25(3):277-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96759>