

O NEONATO PRÉ-TERMO NO BERÇÁRIO DE CUIDADOS ESPECIAIS: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO, RESPEITANDO SUA INDIVIDUALIDADE, SUAS FRAGILIDADES E SUAS FORÇAS

THE PRETERM NEWBORN BABY IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: A PROPOSAL FOR INTERVENTION, RESPECTING ITS INDIVIDUALITY, ITS FRAILTIES AND ITS STRENGTHS

*Pessia Grywac Meyerhof*¹

MEYERHOF, P. G. O Neonato Pré-termo no Berçário de Cuidados Especiais: Proposta de Intervenção, Respeitando sua Individualidade, suas Fragilidades e suas Forças. Re~. Bras. Cresc. Desem~. HUM., 5~ão Paulo, 5 (1/2), 1995.

Resumo: Focalizando como observar os sinais comportamentais e a individualidade de cada recém-nascido pré-termo, a autora propõe modificações no berçário de cuidados especiais em relação ao ambiente físico, ao cuidado diário do neonato e à orientação de pais do bebê. Estas modificações parecem ter influência no tempo de permanência do neonato dentro do berçário.

Palavras-chave: neonato pré-termo, berçário de cuidados especiais, tempo de permanência, intervenção.

Summary: Focusing on how to observe behavioural signs and on the individuality of each preterm newborn baby, this paper describes changes in Neonatal Intensive Care Units (NICUs) in relation to the surroundings, to the daily care of the newborn and to parent counselling about the baby. These changes seem to influence the length of time the baby stays in the NICU.

Key-words: Preterm newborn babies, Neonatal Intensive Care Unit (NICU), period of permanence in the NICU, intervention.

O meu interesse por recém-nascidos pré-termo advém de há muito tempo. Sou terapeuta ocupacional e há 28 anos trabalho com crianças portadoras de paralisia cerebral e atualmente de bebês com lesões centrais, através do método neuro-evolutivo-BOBATH (1969, 1975).

No início da minha carreira recebíamos bebês com mais de 24 meses de idade e verificávamos que quando a criança tinha uma lesão central leve, ela adquiria a maioria das aquisições sensório-motoras básicas à custa de fixações de

padrões primitivos (que deveriam ter desaparecido), podendo causar aumento de tônus, para conseguir alguma função. Por exemplo, a criança poderia chegar aos 2 anos de idade e continuar utilizando o reflexo tônico cervical assimétrico (reflexo este que deveria ter sido integrado ao redor dos 3 meses de idade), para tentar alcançar algum objeto. Esta atitude poderia impedir total ou parcialmente a aquisição das etapas subsequentes do desenvolvimento como a simetria dos membros superiores e consequentemente dificultaria que o

¹ Terapeuta Ocupacional. Mestre em Psicologia. Doutoranda em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo. Treinada na Utilização da Escala de Avaliação do Comportamento do Neonato do Brazelton em Boston. Aprovada pela ABRADIMINE para ser Instrutora em Terapia (ocupacional no curso de Tratamento Neuroevolutivo - Bobath e no "Baby Course". Conselheira técnica do Lar Escola São Francisco. Membro do Setor do Desenvolvimento Humano da Disciplina de Pediatria e Neonatologia da Escola Paulista de Medicina. Diretora Clínica da Reabilitação Especializada. End: Av. dos Carinás, 85. São Paulo-SP. CEIP 04086-010 - Fone: 542-5586. Fax: 241 -3032.

bebê levasse o objeto à boca, dessensibilizando a região oral. Esta criança não apenas poderia ter se fixado do ponto de vista motor, como poderia ter adquirido grandes vícios sensório-motores, que, provavelmente, causariam lacunas no desenvolvimento perceptivo, cognitivo e na comunicação, resultando numa defasagem maior ou menor em cada área. Verificou-se que quanto mais tardiamente uma criança com lesão central era encaminhada para um programa de reabilitação (terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia e outros tratamentos que se fizessem necessários), mais difícil era inibir os padrões patológicos já instalados, dificultando a facilitação de padrões motores normais.

Como várias crianças que nos eram encaminhadas eram portadoras de lesão central (por problemas pré, peri ou pós-natal), além de serem pré-termo, resolvemos observar os recém-nascidos que se encontravam em berçários de cuidados especiais e verificar se poderíamos atuar naquele nível com a finalidade de habilitar o neonato e não apenas reabilitá-lo.

Estudando as origens das causas das fixações patológicas, (BOBATH, 1969), e observando o neonato normal, verifiquei que mamuseando o neonato ao nascer, respeitando suas habilidades e apenas intervindo quando se fizesse necessário, o neonato poderia, talvez, ter uma qualidade de vida melhor, e se possuidor de uma lesão central (que pudesse ou não ter uma regressão espontânea), a intervenção não acarreta nenhum dano para o bebê.

Após ter feito um levantamento bibliográfico (MEYERHOF, 1994) observei recém-nascidos a termo e pré-termo em berçários de cuidados especiais. Baseada nas pesquisas BRAZELTON (1982) e de ALS et al. além da escala de Avaliação do Comportamento Neonatal de BRAZELTON (1984), que mostra que o neonato a termo tem, geralmente, a melhor performance e interação com o mal quando está no estado de alerta, procurei identificar os seis estados comportamentais (dois de sono e quatro de vigília), descritas pelo autor. Estes estados comportamentais são associados à capacidade que o neonato a termo possui, de controlar o nível de estimulação e dependem de variáveis fisiológicas como fome, nutrição, grau de desidratação e período do ciclo de sono e vigília do bebê.

ALS (1986) descreve o modelo sincrono-ativo do desenvolvimento desde a fecundação até o nascimento do bebê, delineando caminhos para observar o funcionamento cerebral (e possíveis alterações do sistema nervoso central) através da observação do comportamento do neonato ao olho nú. O modelo síncrono-ativo é dividido didaticamente

em cinco subsistemas, que permitem a observação e a identificação de onde se encontra o limiar daquele bebê em relação ao stress, aumento da capacidade de auto-regulação e auto diferenciação entre os subsistemas. O *sistema autônomo* onde são observados a respiração, cor da pele, sinais viscerais, o regurgitar e soluços; o *sistema motor*, observando-se postura, o tônus muscular e os movimentos, *sistema de organização dos estados*, observando se a variação dos estados comportamentais desde o estado de sono profundo passando para o estado de alerta, variação esta manifestada através da definição clara de cada estado; o *sistema de atenção e interação* observável na capacidade de o bebê permanecer no estado de alerta, usando este estado para apreender informações cognitivas, sociais e emocionais e o meio e eliciar e modificar estes *inputs* que advêm do meio em que vive; e finalmente o *sistema regulador* que é observável pelas estratégias que o neonato utiliza para manter uma integração equilibrada, relativamente estável e relaxada dos subsistemas.

A diferenciação de cada subsistema pode desequilibrar temporariamente outros subsistemas que, se não resolvida de forma adequada, pode forçar uma consolidação distorcida de qualquer destes.

A organização síncrono-ativa do desenvolvimento estabelece uma aproximação da mãe e do terapeuta, de modo a identificar, individualmente, as oportunidades disponíveis do neonato em busca de uma ótima diferenciação e ajustamento de cada subsistema, facilitando a reintegração dos mesmos de forma harmônica, sem sobrecarregar e sem exigir em demasia do neonato.

BRAZELTON (1982) mostra que há uma relação entre o controle dos estados comportamentais do neonato e a capacidade de auto-regulação do bebê. O neonato aprende desde o seu nascimento a manipular reações psicofisiológicas internas e a controlar uma hiperestimulação externa. Por exemplo, o neonato a termo consegue se habituar a sons fortes contínuos respondendo inicialmente com reação de choro e, posteriormente, diminuindo estas reações globais podendo até chegar a inibi-las.

ALS et al. (1982), na avaliação do neonato pré-termo, descrevem comportamentos de auto-regulação desse bebê: os comportamentos de aproximação, que geralmente indicam que o neonato está recebendo uma quantidade de estimulação e interação adequada, convidando o terapeuta a atuar e interagir com ele, e, os comportamentos de retraimento, que indicam que o neonato está muito estressado e as estimulações excessivas deveriam ser gradativamente retiradas.

Estes comportamentos de aproximação e retraimento podem ser verdadeiras dicas para orientar o terapeuta ou o adulto quando é necessário intervir ou não para que ele possa se organizar de forma mais adequada. Uma mímica facial muito intensa pode comunicar que ele está com uma dor física talvez, ou algo desagradável o está atrapalhando... poderia ser muita luz? Por vezes não é apenas a mímica facial mas a postura do corpo como um todo que expressa o que está impedindo que o neonato se sinta mais organizado. Ele poderia estar pedindo ajuda... será que cobrindo a incubadora para diminuir a intensidade de luz que incide sobre ele ajudaria?

Ao ser pesado na balança de prato, onde o neonato é colocado nu, em decúbito dorsal, sobre uma superfície dura, fria, e instável... o comportamento motor do bebê geralmente, arqueando o corpo e, inúmeras vezes, chorando intensamente, parece comunicar ao adulto que a situação é de retraimento... será que a pesagem poderia ser feita de outra forma? Colocando-o na balança em decúbito ventral, de tal forma que ele consiga inclusive colocar sua mão à boca, não seria uma situação menos estressante?

Ao ser alimentado, no peito ou na mamadeira, ou mesmo pela sonda, ele pode estender seu braço e espalmar sua mão, pedindo que pare... que lhe seja dado um tempo para que ele possa se reorganizar e assimilar o alimento de forma mais adequada.

Outros sinais de retraimento podem ser: perda de tônus, bocejar, regurgitar, soluçar, suspirar, desviar o olhar, franzir a testa... enfim sinais muito semelhantes aos do adulto, e portanto facilmente perceptíveis, mas nem sempre entendidos e atendidos.

Os sinais de aproximação também são inúmeros. O neonato mostra claramente quando está organizado e pronto para interagir com o meio. Colocar a mão (punho ou dedo) na boca provocando sucção não nutritiva é uma das coisas que o bebê mais gosta de fazer. Se ele estiver todo embrulhado, como em um canudo, ele não poderá se mexer. Como pode se acalmar ou levar a mão à boca?

Outro sinal de aproximação pode ser observado quando o neonato está deitado de lado, dormindo ou em estado de alerta, com as mãos juntas e os pés um sobre o outro, mantendo uma respiração regular. Nesta situação é importante observar se ele precisa de outros estímulos externos (além dos que já estiver recebendo). Caso seja necessário auscultar o neonato naquele momento, (ele todo aconchegado inclusive fazendo preensão sobre a fralda), verificar a possibilidade de se manipular o próximo bebê, deixando este bebê descansar um pouco mais.

O neonato sabe também se defender, caso ele não obtenha auxílio no momento necessário. Ele não é tão frágil como se pensa. Quando a luz for demasiada, o bebê poderá apenas fechar seus olhos e conseguirá se organizar ou poderá dormir profundamente (também se organizando) ou chorar intensamente até obter alguma ajuda (que seja mudado de posição, e que a luz seja retirada).

Através da fixação visual em algum objeto ou mesmo na sua própria mão (que poderá estar aberta e depois fechada), o bebê se auto-estimula, organiza-se e depois pode se cansar e dormir. Portanto ele nem sempre precisa de ajuda externa para ser estimulado adequadamente. Ele mesmo consegue graduar a quantidade e qualidade de estímulo necessário para ele mesmo.

Para registrar isto, a observação do bebê é fundamental, anotando sua evolução, verificando se a intervenção se faz realmente necessária.

Outro comportamento de aproximação é quando o neonato permanece em estado de alerta. Pode-se tentar conversar com ele. Ele poderá estender a língua, ou colocar as mãos no rosto indicando que está compartilhando com o que acontece. Poderá até procurar com os olhos a fonte sonora, mas... este diálogo poderá ser interrompido caso repentinamente ele perca o tônus, dando sinais de cansaço.

Estes sinais de aproximação e retraimento são os que guiam o adulto antes, durante e após a intervenção com o neonato. O terapeuta poderá ser o intermediário para ajudar os pais a interpretar os sinais de seus filhos, auxiliando na comunicação e no desenvolvimento global do neonato e da família.

A tese de doutoramento que estou desenvolvendo no Berçário de Cuidados Especiais do Hospital São Paulo tem como objetivo verificar se modificações no ambiente físico do berçário, na rotina e na manipulação do neonato pré-termo e na orientação aos pais interferem no tempo de permanência do mesmo dentro do berçário através de ganho de peso mais rápido, na diminuição de intercorrências e na passagem da alimentação por sonda para via oral num período menor de tempo.

Estes neonatos são seguidas no ambulatório por uma equipe multidisciplinar, e além de avaliações específicas de cada área é avaliada a qualidade de vida dos mesmos.

Foram observados recém-nascidos pré-termo, com peso de nascimento menor ou igual a 2.500 gramas, com idade gestacional menor do que 37 semanas sem problemas genéticos e/ou congênitos.

No ambiente físico foi modificada a disposição espacial, para que Louves...: espaço sufi-

ciente, permitindo aos adultos que circulassem sem esbarrar nos berços e incubadoras. Em relação ao ruído, foi pedido que o adulto diminuísse o volume da voz, o volume do rádio, além de modificar a maneira de fechar a portinhola da incubadora. Em relação a iluminação, foi colocado um abajour à noite que substituiu a iluminação intensa do berçário tentando enfatizar a diferença entre o dia e a noite. Foram cobertas as incubadoras durante o dia propiciando que o bebê ficasse em estado de alerta por mais tempo. Cada berço ou incubadora tinha um crachá indicando o nome do neonato além do número, personalizando o bebê desde que nascia. Foram colocados quadros e cartazes nas paredes, mostrando aos pais como amamentar, banhar, carregar e brincar com seus filhos... enfim o Berçário de Cuidados Especiais foi, paulatinamente, transformando-se em Berçário de Desenvolvimento e não apenas um lugar para salvar vidas.

Em relação ao manuseio direto com o neonato foram introduzidas modificações nas roupas e na maneira de vestir o bebê. As mães eram incentivadas a trazerem roupas de casa, de tal forma que as mãos do bebê ficassem para fora, permitindo que ele as colocasse na boca e as chupasse para se organizar melhor. Eram incentivadas, também, a trazerem fitas para colocar na cabeça dos bebês do sexo feminino para propiciar um aspecto mais gracioso. A enfermagem foi orientada para trocar o bebê manuseando-o o mínimo possível, respeitando o seu estado comportamental e seus movimentos. O banho, geralmente uma situação em que o neonato chorava muito, foi modificado, iniciando-o de barriga para baixo, desta forma inibindo o reflexo de choro, passando posteriormente para a posição de barriga para cima, e lavando-o devagar. O bebê parecia participar melhor durante o banho, e geralmente não chorava. Ao ser colocado na balança de barriga para baixo de tal forma que pudesse sugar sua mão, o neonato movimentava-se menos: a situação que outrora era de choro intenso passou a ser uma situação praticamente sem choro e aparentemente mais agradável. As mudanças de decúbitos dos neonatos e a manutenção de cada postura através de anteparos feitos com cueiros enrolados, permitiam que os bebês se auto-organizassem mais rapidamente, aconchegando-se nos anteparos.

A sucção não nutritiva foi estimulada a partir do decúbito lateral, posição que permitia que o bebê levasse sua mão à boca, até a adaptação de chupetas. A alimentação via sonda foi feita estimulando a sucção não nutritiva e o posicionamento do neonato durante a alimentação via oral, foi cuidadosamente modificada, facilitando o vedamento dos lábios do bebê sobre o peito da

mãe ou sobre o bico da mamadeira, propiciando a estimulação adequada dos órgãos fonarticulatórios.

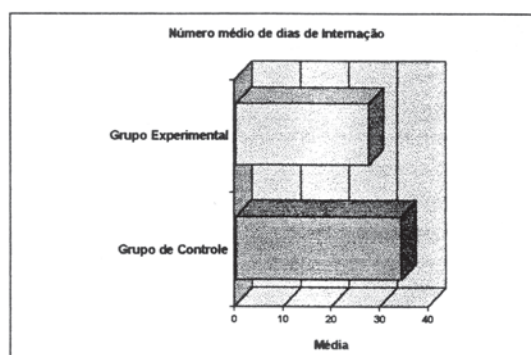
As intervenções supracitadas foram adaptadas às necessidades de cada neonato, após observação dos mesmos.

Os pais começaram a ter livre acesso ao berçário entre 9:00 horas e 21:00 horas. Eram estimulados a participarem ativamente dos cuidados dos seus bebês, além de alimentá-los. A presença dos mesmos aumentou, e eles começaram a observar os estados comportamentais de seus filhos além de entender os sinais que eles emitiam. Eles começavam a brincar com seus filhos, diminuindo a preocupação e o stress entre eles. Na alta pareciam mais confiantes e mais contentes de levarem seus filhos para casa. A presença dos pais era maior depois que foi permitido o livre acesso ao berçário.

Alguns resultados foram analisados, estatisticamente: comparado a média de dias de internação dos neonatos que não foram submetidos às modificações supracitadas (grupo controle) com os neonatos durante e pós-modificações (grupo experimental), em relação ao peso de nascimento.

Gráfico 1

Comparação entre a média do número de dias de internação do grupo experimental (34,13 dias) e do grupo controle (27,22 dias) com o peso de nascimento ($p < 0,05$)



Grupo controle N = 32
Grupo experimental N = 27

Trata-se de um levantamento preliminar de dados da pesquisa, que deverá ser concluída até o final do ano de 1996. Por ora, os resultados parecem muito promissores. Como a intervenção não é onerosa, introduzindo apenas mudança de atitude, além de aprendizagem da observação dos comportamentos do neonato, é provável que este tipo de intervenção seja desenvolvida favorecendo que o neonato permaneça menos tempo no berçário de cuidados especiais, que a manipulação do bebê seja efetuada quando ele está mais

disponível e organizado e que os pais estejam mais preparados para receberem seu filho dentro de

casa, pois, aprenderam a manipulá-lo e a entender seus sinais quando ainda estava internado.

BIBLIOGRAFIA

- ALS, H.; LESTER, B. M.; TRONICK, E.; BRAZELTON, T. B. Towards a research instrument for assessment of preterm infant behaviour (APIB) and the manual for the assessment of preterm infant behaviour. In: FRITZGERALD, H. E.; LESTER, B. M.; YOGMAN, M. W. eds. *Theory and research in behavioural pediatrics*. New York, Plenum Press, 1982.
- ALS, H. A synactive model of neonatal behaviour organization - a framework for assessment of neurobehavioural development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical and Occupational Therapy in Paediatrics*, 6(3), 1986.
- BOBATH, B. The very early treatment of cerebral palsy. *Dev. Med. Child. Neurol.*, 9(4), 1969.
- BOBATH, B. *Abnormal postural reflex activities cause by brain lesion*. London, William Heinemann Med. Books Ltd., 1971.
- BOBATH, B. Motor development of different types of cerebral palsy. *London, Spastics Intentional Med.* Pub. William Heinemann Med. Books Ltd., 1975.
- BRAZELTON, T. B. Early intervention. In: FRITZGERALD, H. E.; LESTER, B. M.; YOGMAN, M. W. eds. *Theory and research in behavioural pediatrics*. V. 1, New York, Plenum Press, 1982.
- BRAZELTON, T. B. *Neonatal behavioural assessment scale*. *Clinics in developmental medicine*. Philadelphia, J. S. B. Lippincott, 1984.
- MEYERHOF, P. G. O neonato de risco - proposta de intervenção no ambiente e no desenvolvimento. In: KUDO, A. M.; MARCONDES, E.; LINS, L.; MORIYAMA, L. T. I.; GUIMARÃES, M. L.; JULIANI, R.; PIERRI, S. A. eds. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria*. São Paulo, Savier, 1994.

recebido em: 30/05/96
aprovado em: 30/08/96