

CUIDAR EM PARCERIA: SUBSÍDIO PARA A VINCULAÇÃO PAIS/BEBÉ PRÉ-TERMO

Manuela Maria da Conceição Ferreira*
Maria da Graça Ferreira Aparício da Costa**

Palavras-Chave: Recém-nascido, vinculação, parceria no cuidar.

RESUMO

Casey em 1988 criou o seu modelo de parceria nos cuidados, para utilização no âmbito da prestação de cuidados pediátricos.

Defende que "para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de protecção, estímulo e amor" assim sendo ninguém melhor que os pais para os prestar.

Na presença de um bebé pré-termo, torna-se obrigatório permitir que se desenvolvam mecanismos capazes de estabelecerem a interação mãe/filho precocemente, dado o risco que as situações de crise habitualmente acarretam.

A análise do modelo de Casey leva-nos a acreditar que, ao ser aplicado numa unidade de cuidados neonatais, ele irá dar o seu contributo para que a vinculação mãe/filho seja estabelecida e/ou mantida, permitindo de forma flexível, manter ou desenvolver a força dos papéis e laços familiares, promovendo a normalidade da sua unidade.

Este modelo permite um crescimento físico, emocional e social da família. Nele os pais não são visitantes nem técnicos, são parceiros no cuidar.



CUIDAR EM PARCERIA: SUBSÍDIO PARA A VINCULAÇÃO PAIS/BEBÉ PRÉ-TERMO

Nos últimos anos verificou-se
uma descida impressionante na

* Professora Coordenadora da ESEnf Viseu

** Professora Adjunta da ESEnf Viseu

mortalidade e morbilidade neonatal dos bebés pré-termo. Estas melhorias foram atribuídas a um melhor diagnóstico e tratamento, ficando-nos no entanto a preocupação pelo bem-estar psico-afectivo presente e futuro destes bebés.

A criança que nasce prematuramente, necessita na maioria das vezes para sobreviver, de ser assistida numa unidade de cuidados intensivos neonatais sendo separada dos seus pais imediatamente após o nascimento. Aí permanece por um período mais ou menos longo, num ambiente que, embora imprescindível para a sua sobrevivência, pela tecnologia sofisticada que lhe assegura eventualmente a vida, lhe é também hostil pela agressividade das técnicas e procedimentos invasivos a que é submetida, assim como pela privação afectiva a que é sujeita. O afastamento da criança/pais imediatamente após o parto, vai privar a díade do primeiro contacto e interromper o processo de vinculação ou afeiçoamento entre os mesmos.

Para Eduardo Sá, (1992:34) "A primeira forma que a mãe tem de embalar um filho é sonhar com ele na gravidez, a segunda é sonhar por ele quando lhe canta e o embala e... finalmente é deixá-lo tornar-se uma personagem real do seu sonho..."

Durante a gravidez, os pais imaginam o seu filho e após o nascimento, através da visualização do mesmo, do toque e da interacção, (que deverá acontecer o mais precoce possível), e num processo que é gradual, o bebé imaginário é ajustado ao bebé real (Knaus e Kennell, 1989)

Embora a vinculação não seja algo momentâneo, que acontece após o nascimento, este contacto precoce entre pais e bebé, é decerto importante para a concretização e desenvolvimento do mesmo, "um momento único e mágico" como refere (Brazelton, 1995).

Klaus e Kennell, (1989) também assim o consideram ao definirem o próprio nascimento e as interacções pais/bebé posteriores a este, como etapas do afeiçoamento, e que segundo estes autores são:

- ⊗ Planeamento da gravidez; confirmação da gravidez; aceitação; movimentos fetais; aceitação do feto como um indivíduo; nascimento; ouvir e ver a criança; tocar e segurar a criança; cuidar.

Assim, o nascimento de um filho pré-termo é uma situação geradora de grande stress num momento em que o casal ainda está a preparar-se para o desempenho da paternidade. Sentimentos de culpa e de fracasso estão frequentemente presentes e podem comprometer o processo de vinculação com o bebé.

Kaplan e Mason (1974), referenciados por Olds et al (1987), consideraram as reacções maternas ao nascimento prematuro como uma alteração emocional aguda. Identificaram quatro tarefas psicológicas essenciais para enfrentar a tensão, até serem alcançadas as condições base para a relação mãe/filho, e que são:

- ⊗ Luto antecipado como preparação psicológica para possível perda do bebé, enquanto se espera ainda que sobreviva
- ⊗ Reconhecimento do fracasso materno para produzir um bebé de termo, que se expressa como luto antecipado e depressão, que dura até que pareçam seguras as possibilidades de sobrevivência
- ⊗ Readopção do processo de estabelecimento de laços com o bebé, que se havia interrompido devido a ameaça de morte. Esta tarefa pode alterar-se devido a ameaça contínua de morte ou de anormalidade, e a esperança de que o seu filho sobreviva pode ser lenta para a sua mãe
- ⊗ Compreensão das necessidades especiais e dos padrões de crescimento do bebé pré-termo, que serão temporais e culminarão em padrões normais.

Mas Olds et al citam também Klaus e Kennell (1982), que advogam que com suporte extra e contacto precoce com o seu bebé, a mãe não necessitará preparar-se necessariamente de forma antecipatória para a possível morte do seu filho.

Quer numa perspectiva quer noutra, os autores deixam evidenciar a necessidade de uma intervenção no sentido de ajudar, quer a criança quer os seus pais, a encontrarem-se consigo mesmos e uns com os outros.

Consciente disto, a equipa de saúde responsável pela prestação de cuidados ao bebé pré-termo, deverá integrar os pais no seu seio e na prestação de cuidados ao mesmo. Assim, a enfermeira, cuidadora mais directa e próxima do bebé, é o elemento da equipa que se encontra privilegiadamente melhor preparada e posicionada para agir como promotora do processo de aproximação e interacção pais/bebé, envolvendo-os nos cuidados ao seu filho. Isto para que possam, segundo Klaus e Kennell, continuar o processo de vinculação através do ver, ouvir, tocar e cuidar.

No entanto, a prática da partilha dos cuidados à criança com os pais é relativamente recente na nossa realidade, sobretudo numa unidade de cuidados intensivos em que o modelo biomédico ainda tem forte expressão, em que o pensamento é mais centrado nos parâmetros fisiológicos e os campos de acção da medicina e da enfermagem têm as suas fronteiras mal delimitadas.

Torna-se pois urgente, no melhor interesse da criança, que as enfermeiras de neonatologia consigam orientar a sua prática segundo um modelo que se insira num paradigma, que para além da manutenção da vida, defenda como valor fundamental a qualidade de vida da criança, que depende também e muito do estabelecimento de uma relação significativa e forte com a sua família.

Como diz Gomes Pedro, (1997:71) "Numa unidade de cuidados intensivos onde um bebé de risco pode precisar de estar horas, dias ou semanas, é necessário que ele descubra ai e ai tenha a oportunidade de reconhecer um sentido de pertença, um

sentido de confiança que ajude e transforme o instinto de sobrevivência em sensação de que vale a pena viver... "

Assim, quando essa criança é um recém-nascido pré-termo, para além da valorização do papel da família como principal cuidador, a parceria nos cuidados, permitirá o estabelecimento/desenvolvimento da vinculação – matriz sobre a qual se vão reeditar as expressões interactivas posteriores.

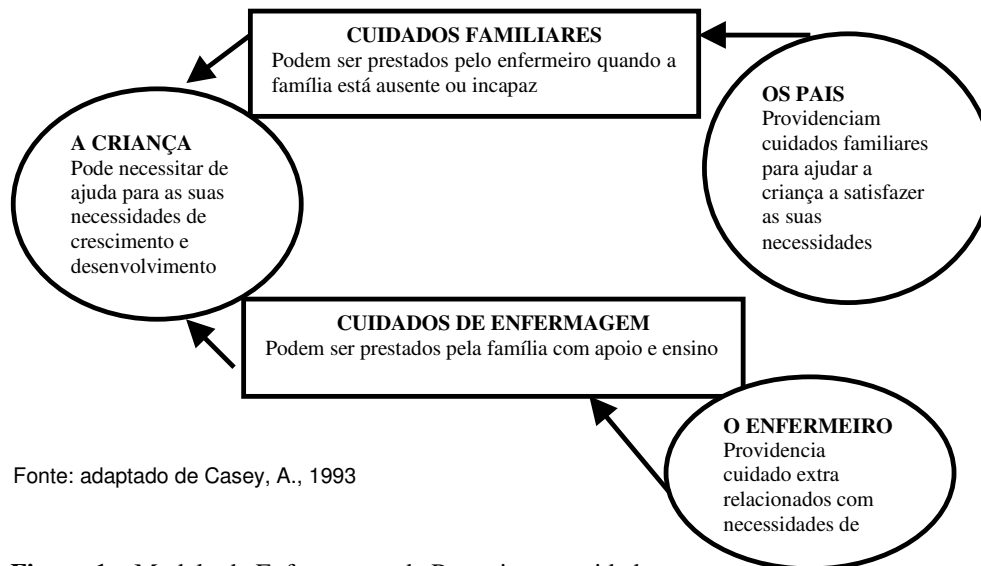
É hoje reconhecido, que a qualidade dos cuidados fornecidos ao bebé recém-nascido, sobretudo doente, passa pela protecção “do vínculo com alguém que é ou poderá passar a ser o alguém significativo para a criança” (Gomes-Pedro, 1997:70)

É nesta perspectiva de parceria com os pais no cuidar da criança, que Anne Casey (1988), elaborou um modelo para a prática de enfermagem pediátrica, que em nosso entender, se adequa perfeitamente à prática do cuidar do recém-nascido pré-termo.

Para Casey (1993:233), " os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem pediátrica da década de noventa. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança."

No entanto a sua implementação, obriga a algumas mudanças de atitude por parte dos profissionais de enfermagem, das políticas da instituição e das próprias unidades de saúde.

A base deste modelo, que apresentamos esquematicamente na figura 1 é a negociação alicerçada no respeito pela família e suas necessidades e desejos.



Fonte: adaptado de Casey, A., 1993

Figura 1 – Modelo de Enfermagem de Parceria nos cuidados

Como facilmente se pressupõe, este modelo implica a existência de uma profunda relação enfermeira/família que é facilitada pela metodologia de trabalho por enfermeira responsável, com partilha de competências entre a família e a enfermeira.

Mas o ambiente tecnológico e altamente sofisticado da unidade de cuidados intensivos neonatais frequentemente intimida os pais, acentuando o seu sentimento de incompetência para o desenvolvimento da função protectora e cuidadora que lhe é atribuída socialmente e que gostariam de desempenhar, elevando os seus níveis de ansiedade. A enfermeira deverá pois preparar primeiro os pais descrevendo o ambiente que vão encontrar e como está e é o bebé, valorizando positivamente as suas competências e evolução.

A família deve ter liberdade para decidir qual o momento adequado para ver o seu filho e ser respeitada a sua decisão, pois da sua disponibilidade depende a qualidade da relação com o bebé.

Assim, os pais serão inicialmente encorajados a permanecer junto do bebé e gradualmente a interagir com ele e por último a prestar-lhe cuidados, dispondo para tal, do tempo que necessitem.

Dever-lhes-á ser facultada toda a informação relativamente ao estado do bebé, função e funcionamento do equipamento, tratamentos em curso, terapêuticas, estratégias para lidar com o bebé, reacções habituais deste e factores que podem condicionar o seu futuro. É essencial não dar falsas esperanças, mas respeitar a esperança da família pois ela transmite força ao bebé para lutar.

Pela imaturidade dos seus sentidos, os estímulos ao bebé pré-termo deverão ser reduzidos em intensidade e ritmo, respeitar seu baixo limiar, atendendo a sinais de fadiga como respiração rápida e difícil e alteração da coloração da pele, (Brazelton, 1995). Como quaisquer pais, eles aprenderão a conhecer o seu bebé e a interagir com ele de forma adequada e oportuna.

Estimular os pais a trazerem brinquedos, chuchas e prendas ao bebé ou algum símbolo familiar, chambres ou barretinhos. Tratar o bebé pelo nome próprio, que deve ficar escrito na incubadora, o que personaliza e incrementa sentimentos de pertença.

No modelo de parceria, o enfermeiro deveria prestar apenas cuidados de enfermagem ou cuidados especializados, quando tal se justifique, incentivando os pais a prestar os cuidados familiares, de suporte às necessidades básicas do bebé, (higiene, alimentação...). Só deverá imiscuir-se se a família não tiver as capacidades ou conhecimentos necessários para garantir a eficácia desses mesmos cuidados.

Casey propõe uma abordagem de cuidados flexível, embora distinga cuidados familiares de cuidados de enfermagem. No cuidativo à criança e em função das circunstâncias familiares, haverá ocasiões em que o enfermeiro desempenha actividades

de cuidados familiares e outras em que os pais tomam a seu cargo algumas actividades de cuidados de enfermagem.

Casey (1993:185), refere que "para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de protecção, estímulo e amor"; assim sendo ninguém melhor que os pais para os desenvolverem.

A participação dos pais nos cuidados, implica uma relação de parceria entre estes e a equipa que cuida da criança. Segundo a autora não devem existir fronteiras bem definidas nem compartimentalização de funções, mas devem ser desenvolvidas acções complementares que têm como fim último o máximo bem-estar da criança.

Trabalhar com a família, leva a que os enfermeiros desenvolvam competências de comunicação, de ensino e de trabalho de grupo.

Este modelo permite um crescimento físico, emocional e social quer da criança quer da própria família. Nele os pais não são visitantes nem técnicos, são parceiros/companheiros.

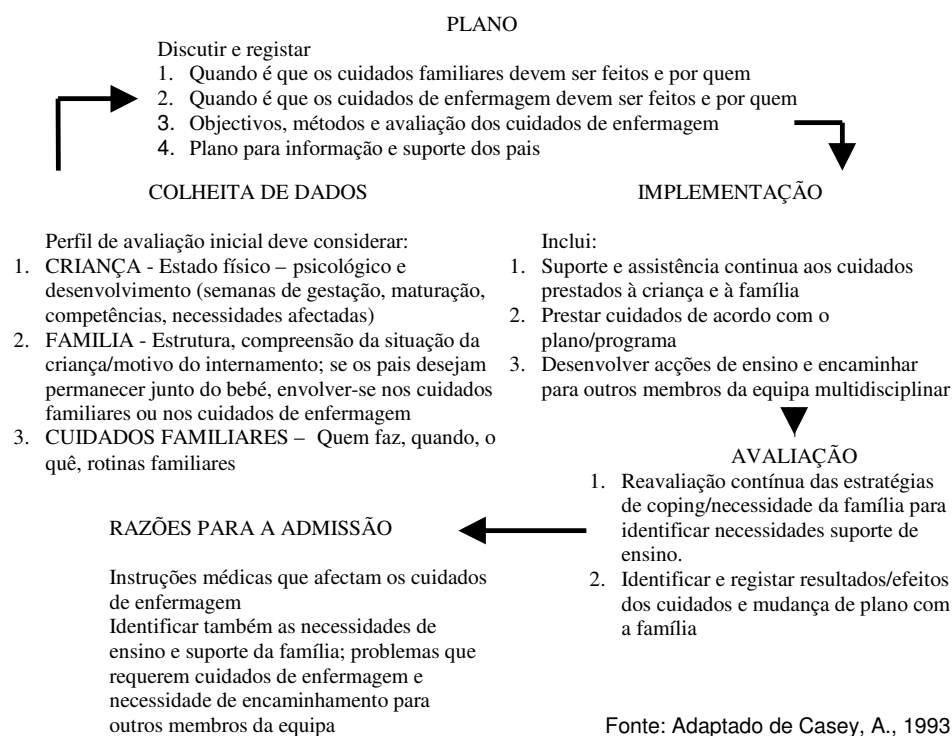


Figura 2 – O processo de enfermagem segundo o modelo de parceria nos cuidados ao bebé pré-termo

A enfermeira pediatra presta cuidados à família para que a criança tenha as suas necessidades satisfeitas. Ela é responsável pelo ensino e supervisão desses mesmos cuidados até que os pais se sintam competentes para os fazer.

A acção de enfermagem é educação contínua, discussão e reflexão e comunicação permanente sobre cada situação.

Os registos fazem parte integrante do processo. A decisão do que é importante registar cabe à enfermeira, mas estes não são uma exclusividade sua, tanto ela como os pais podem elaborá-los. Estes devem permitir uma avaliação da evolução do estado de saúde do bebé, em resposta aos cuidados prestados.

Segundo Casey (1993), devem conter as mudanças na condição de saúde do bebé, a satisfação dos pais/família com a informação prestada pela equipa e as suas competências para o cuidado, incluindo também os desejos da família de envolvimento nos próprios cuidados.

Ainda segundo a autora, eles devem permitir a comunicação e continuidade nos cuidados, salvaguardando a legalidade do processo, ou seja devem permitir a compreensão do que foi feito, porque foi feito, por quem foi feito, e quais os resultados obtidos.

A preparação para a alta inicia-se no momento da admissão do bebé na unidade e está subjacente à utilização deste modelo, na medida em que ao procurar envolver a família nos cuidados quer familiares quer de enfermagem, estamos a contribuir para a emergência de sentimentos de segurança autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar do bebé, no momento e posteriormente em casa. Estes requisitos são essenciais e imprescindíveis, para garantir a continuidade domiciliária de cuidados eficazes, o que em simultâneo com uma relação criança/família em desenvolvimento, serão contributos para elevar a qualidade de vida do bebé pré-termo. No entanto, providenciar suporte domiciliário quer por parte do hospital quer por parte dos serviços comunitários assim como o encaminhamento para os serviços de apoio social, é imperativo pelo risco familiar envolvido.

Perante uma criança e uma família vulneráveis, porque aconteceu um nascimento antes do tempo, é grande o desafio mas também estimulante para as enfermeiras de neonatologia, poderem ser o catalizador da vinculação bebé/família e desta forma, poderem contribuir para elevar a qualidade de vida da díade no presente e no futuro, pois “o sentido de vida humana só se cumpre no reconhecimento de que se é amado...”(Gomes Pedro, 1997:68).

O modelo de parceria, constitui então, uma filosofia de cuidados de enfermagem que reconhece e valoriza a importância da família para o bem-estar presente e futuro da criança.

BIBLIOGRAFIA

BRAZELTON, T. Berry – *O Grande Livro da Criança*. Lisboa : Editorial Presença, 1995

CASEY, Anne – Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. In: GLASPER, E. A.; TUCHER, A. – *Advances in Child Health Nursing*, London, Scutari, 1993:193

CASEY, Anne; MOBBS, Sara – Partnership in practice. In: *Nursing Times*. November, 2. Vol. 84. Nº 44, 1988

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. – *Assistência aos Pais*. In: KLAUS, M.;

FANAROFF, F. – *Alto Risco em Neonatologia*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, S.A., 1989

OLDS, S. B. Et al – *Enfermaria Materno Infantil: Un Concepto Integral Familiar*. México, 2ª edição, Interamericana, 1987

FARRELL, Michael – Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica. In: *Nursing*, Março 1994:27-28

PEDRO, J. Gomes – Viver numa Unidade Especiais para Recém-Nascido – Um Risco, Uma Oportunidade. In: *I Seminário de Neonatologia Porto*. Laboratórios Bial, Departamento de Pediatria e Medicina – Hospitais de S. João, 1997: 67-73

PINTO; Cândida; FIGUEIREDO, Mª do Céu – *Cuidar da Criança Doente*. In: *Nursing*, Dezembro (Ano 8) 1995: 15-16.

SÁ, Eduardo – O dedo de ET. In: *Pais*. Lisboa, Junho de 1992:42-45