ISSN 0871-3413 • ©*ArquiMed*, 2005

Apoio Psicológico às Mães no Serviço de Neonatologia do Hospital de São João - Porto

Victor Viana*; Teresa Maia†; Madalena Ramos†; Francisco Mendes†; Hercília Guimarães†‡
**Departamento de Pediatria do Hospital de São João-Porto; † Serviço de Neonatologia do Hospital de São João-Porto, ‡Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.*

Os autores descrevem os procedimentos utilizados com o objectivo de facultar apoio psicológico a mães que acompanhavam os seus recém-nascidos numa unidade de neonatologia. O apoio psicológico foi fornecido principalmente no contexto de grupo e, em alguns casos, no contexto individual. O referente teórico foi o da abordagem sistémica e da intervenção em crise. Os objectivos na intervenção em grupo incluíam: facilitar a comunicação no grupo, estimular a expressão de sentimentos, medos, crenças e a exposição de problemas pessoais, familiares, sociais, etc. Procurou-se ainda promover o apoio mútuo, dada a semelhança de experiências e angústias entre as mães, decorrentes da evolução do internamento dos seus bebés. Na intervenção individual foi usado o modelo da consulta psicológica em situação de crise. Os objectivos foram: estabelecer uma relação de confiança e empática, identificar e dissecar o problema precipitador da crise, identificar e implementar recursos psicológicos, familiares, etc. que melhorassem o funcionamento emocional face à situação. A opinião expressa pelas mães alguns meses depois da alta dos seus bebés, sugere que este tipo de intervenção foi importante para o equilíbrio emocional das mães contribuindo para uma vivência menos dolorosa da situação.
Palavras-chave: Apoio psicológico, grupo de apoio, apoio às mães,neonatologia, intervenção em crise.

ARQUIVOS DE MEDICINA, 19(3): 91-96

INTRODUÇÃO

Desde há alguns anos que no Departamento de Pediatria do Hospital S. João - Porto se cultiva uma atenção e preocupação particulares pelo estado emocional das mães e pais das crianças internadas. Esta preocupação tem-se traduzido em atitudes concretas tais como investigar aspectos da integração dos pais enquanto acompanham os filhos (1) e intervir no sentido de lhes ser fornecido apoio psicológico. Procura-se implementar a presença dos pais junto dos filhos, disponibilizar recursos físicos de apoio, estudar e conhecer as suas opiniões e atitudes em relação ao Departamento.

Procuramos melhorar o estado emocional das mães e, concomitantemente, melhorar a sua adaptação ao contexto do internamento e aos procedimentos médicos e de enfermagem. Melhorando as competências de confronto das mães com os diversos factores relacionados com o internamento dos filhos, esperamos influenciar positivamente a evolução da saúde destes.

Uma das formas de apoio às mães, quanto a nós mais adaptada à situação de internamento, implicou a constituição de grupos de mães e o fornecimento de apoio psicológico neste contexto. A primeira experiência neste domínio, realizada neste Departamento, foi efectuada junto das mães de crianças com doença oncológica (2).

São conhecidos os benefícios do apoio psicológico fornecido às mães de crianças com patologia diversa, nos contextos individual, de grupo e grupos de auto-ajuda (2,3). Em comparação com outras, as mães apoiadas do ponto de vista emocional mostram-se mais auto-confiantes, menos preocupadas com o estado dos filhos, identificam mais recursos de apoio, e percepcionam a patologia dos filhos como menos negativa (3-5). Este apoio quando fornecido cedo diminui a necessidade no futuro de recurso a serviços de saúde mental e social (5). Dadas as vantagens associadas à intervenção nas mães recorrendo muitas vezes à colaboração de outras mães que já passaram por uma situação idêntica (2-5), entendemos ser este um modelo a reproduzir e generalizar, adaptando-o à idade das crianças e características da unidade de saúde.

As mães de recém-nascidos de pré-termo internados sofrem um choque emocional intenso que influencia a relação destas com o bebé e se repercute negativamente

na ligação afectiva entre ambos (vinculação). Só por si, a separação precocemente imposta pelo internamento, para além do impacto na saúde, constitui factor de risco para o processo de vinculação e, consequentemente, para o desenvolvimento psicossocial da criança (6). Como é sabido, a presença das mães junto dos seus recém-nascidos e a interacção entre eles têm um efeito positivo no processo de recuperação do estado de saúde destes (6, 7).

Não basta, no entanto, manter a proximidade física entre mãe e recém-nascido. O parto de um pré-termo e o seu acompanhamento no serviço de neonatologia é sempre um período crítico, fonte de "stress" agudo, comparável à situação de "stress pós-traumático", sendo recomendado fornecer apoio (8-10).

A experiência que se relata neste trabalho foi realizada ao longo de quatro anos, no Serviço de Neonatologia.

Os objectivos da intervenção foram:

-Promover a comunicação entre as mães e a equipe de saúde da Unidade.

-Promover a inter ajuda nas mães.

-Facilitar uma perspectiva o mais positiva possível dos acontecimento traumáticos de modo a poderem ser usadas estratégias de confronto (coping) com o problema como, por exemplo, utilizar o apoio de familiares, envolver-se noutras tarefas que ajudem a distrair do problema (empenhar-se nos cuidados a outro filho), conforto religiosos, etc.

-Facilitar a interacção da mãe com o bebé nos casos em que essa interacção se revelasse problemática.

-Facilitar a utilização dos recursos emocionais do subsistema conjugal e sistema familiar.

- Consciencializar emoções e sentimentos negativos e fornecer apoio de ordem emocional.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este trabalho foi desenvolvido tendo como referência teórica dois contributos: a teoria sistémica e os princípios gerais da intervenção em crise.

Teoria Sistémica

Esta intervenção efectuou-se fundamentalmente no contexto grupal. Visou aproveitar as sinergias que se desenvolvem no grupo ao longo do tempo e dirigi-las no sentido de uma maior eficácia em termos de suporte psicológico. Realçamos características importantes no funcionamento dos grupos tais como: totalidade, interdependência, auto-regulação, troca com o ambiente e circularidade, entre outras qualidades sistémicas (11).

Assim, no que se refere à totalidade, o grupo, por exemplo, reagia em uníssono a uma má notícia recebida por uma das mães. Uma vez que os problemas eram sentidos e vividos como muito semelhantes, rapidamente se desenvolvia uma forte identificação entre todas as mães. Associada a esta forte identificação surgia, também, um sentimento profundo de solidariedade. Assim, o grupo tendia a reagir como um todo com tristeza perante uma notícia desanimadora relativa a um dos bebés.

A interdependência implica influência recíproca. Se um acontecimento particular da vida emocional de cada um afectava todo o grupo, também o ambiente ou atmosfera do grupo se repercutia em cada um dos seus membros.

A auto-regulação refere-se à capacidade do grupo regular o seu equilíbrio em função dos acontecimentos ou mudanças internas ou externas. Esta qualidade traduzia-se, na prática, numa função amortecedora que o grupo exercia quando um dos elementos vivia uma situação particularmente traumatizante. Fornecendo apoio, o grupo como que absorvia alguma da ansiedade ou desânimo trazidos por uma das mães e relacionada com acontecimentos quer exteriores à Unidade quer relativos à mesma e respectivas repercussões no humor da mãe.

As trocas com o ambiente são determinantes pois qualquer sistema vivo interage com o ambiente externo, o que implica que a ele reage e, por sua vez, o influencia. Estas interacções são fonte de mudança do sistema e do meio em que se insere. Neste caso o "meio" é a família, o Serviço e o próprio Hospital.

Circularidade refere-se às relações de causalidade que funcionam no grupo/sistema. Esta característica está naturalmente relacionada com as demais. A associação linear de causa-efeito tem pouco sentido quando estamos perante um sistema. Se uma circunstância (causa) provoca uma determinada consequência (efeito), a consequência vai reverberar sobre a causa que, por sua vez, torna a actuar sobre o efeito e assim sucessivamente num ciclo sem fim.

Intervenção em crise

Por "crise" pode entender-se a percepção de um acontecimento ou situação como uma dificuldade intolerável que excede os recursos e mecanismos de confronto da pessoa (12).

O conceito implica três dimensões: o acontecimento precipitante, uma percepção tal do acontecimento que provoca ansiedade, e insucesso dos recursos e mecanismos de confronto de modo a que a pessoa que vive o acontecimento funcione deficitariamente do ponto de vista psicológico, emocional e comportamental. A identificação e reconhecimento destes três aspectos é crucial pois a abordagem far-se-á em torno deles. A intervenção em crise implica trabalhar a percepção que o sujeito tem do acontecimento, sendo o principal objectivo melhorar o seu funcionamento psicológico (12). Não é possível, muitas vezes, alterar o acontecimento precipitante, mas pode modificar-se o modo como o paciente interpreta a situação ou o significado que lhe atribui. No nosso grupo, algumas mães começaram por considerar a situação em que se viam envolvidas, juntamente com o seu bebé, como um castigo que não

mereciam. Numa fase mais avançada do processo algumas consideraram que esta situação era uma oportunidade de desenvolvimento pessoal, ou de desenvolvimento do casal e da família. Após o primeiro impacto do acontecimento precipitante, ao qual o sujeito reage com ansiedade e por vezes desorganização, sucede uma resposta de negação, raiva, desespero, sentimentos de culpa e depressão (13). Se a situação for ultrapassada de modo positivo (a ajuda nesta fase é crucial), seguir-se-à a aceitação e o confronto com as consequências.

Conseguir mobilizar recursos pessoais e familiares de apoio é uma das vertentes determinantes do desfecho da intervenção. Constatamos que as mães que se sentiam apoiadas pelos companheiros, pelas suas próprias mães, pais e irmãos, viviam os períodos mais críticos com menor angústia e maior optimismo do que as que se sentiam desamparadas pelos familiares. Verificamos, também que, nos casos de isolamento das mães em relação às suas famílias, o grupo adquiria maior importância enquanto factor de suporte psicológico.

MÉTODOS

Todos os elementos da equipa de intervenção eram membros do Serviço e conheciam bem os bebés e os seus problemas, conheciam as mães e algumas das suas dificuldades sociais e, por vezes, os seus problemas familiares. As mães, pelo seu lado, conheciam também todos os elementos da equipa. Os métodos implicaram a realização de reuniões de grupo e apoio fornecido no contexto individual.

Apoio em grupo

O grupo reunia-se semanalmente e o número de mães que o frequentavam oscilava entre 4 e 9. A duração era de cerca de uma hora e 30 minutos. Todas as mães presentes no Serviço eram convidadas a participar nos encontros que decorriam numa pequena sala da Unidade de Neonatologia. Estavam presentes o psicólogo, que dirigia o grupo, e uma enfermeira ou enfermeiro.

O grupo era marcado por grande rotatividade. Algumas das mães permaneciam no Serviço com os seus bebés por muitas semanas, de acordo com o tempo de internamento (por vezes até três meses ou mais no caso de grandes pré-termos), a maior parte ficava duas ou três semanas apenas. De acordo com o Relatório de Actividades relativo a 2004, de 395 bebés internados 290 permaneceram por um período entre um e catorze dias. O número dos que ficaram internados trinta dias ou mais foi 45 (14).

As sessões começavam com uma pequena introdução em que se expunham os objectivos da reunião (havia sempre uma ou outra mãe que estava presente pela primeira vez). Em seguida, promovia-se uma fase de "aquecimento" em que todos os elementos presentes eram convidados a apresentarem-se e a expor alguma informação da esfera pessoal. O objectivo era ultrapassar algumas resistências e criar um ambiente emocional empático.

Seguidamente dava-se a palavra a cada mãe para que apresentasse qualquer assunto do seu interesse ou preocupação relacionado, directa ou indirectamente, com o seu bebé. Geralmente um tema sobressaía entre os outros que, dadas as suas características vivenciais, passava a constituir assunto central da comunicação no grupo. Os temas mais emotivos produziam ressonâncias nas outras mães presentes. Estas faziam comentários, sugestões, forneciam apoio referindo, muitas vezes, a sua experiência em situações análogas.

Os temas que surgiram mais frequentemente foram categorizados do seguinte modo, por ordem da importância que as mães lhes atribuíam:

Infecções: a grande preocupação das mães de bebés pré-termos era a possibilidade de os seus filhos adquirirem infecções que, dadas as circunstâncias de prematuridade, poderiam ser fatais.

Implicações no desenvolvimento dos bebés - quase todas as mães traziam questões relacionadas com as implicações no futuro do bebé da situação médica actual. Desde cedo eram informadas que poderiam subsistir lesões mais ou menos graves do sistema nervoso dos seus filhos. Um dos maiores temores frequentemente expresso era que essas possíveis lesões provocassem qualquer tipo de deficiência que se repercutisse na vida futura da criança.

Medos e angústias durante a gravidez - Algumas mães já sabiam que o seu bebé apresentava malformações ou alguma doença ou deficiência durante a gravidez. Uma grande parte destas mães apresentava um padrão de comportamento esperado, quanto a nós, mas mesmo assim curioso. Estas mães, segundo referiram à posteriori, geralmente não preparavam o enxoval. Temiam realizar um grande investimento emocional traduzido em todo o trabalho de selecção e preparação de "roupinhas", alcofa, brinquedos, móveis, etc. que poderia terminar numa grande desilusão. Afirmavam, ao mesmo tempo, que poderia "dar azar" fazer planos e preparativos condicionando, assim, um mau resultado já anunciado.

O casal e a família - estes temas eram frequentemente abordados e as mães aproveitavam para enaltecer o apoio prestado pelo esposo ou companheiro ou outros familiares. Nos casos que nos foi dado observar de mães solteiras, ou em que havia graves problemas conjugais, situações que tinham em comum a falta de apoio do pai da criança, o grupo como que se unia para condenar estas personagens e as suas atitudes e para dar apoio redobrado à mãe em causa.

Comunicação com os Técnicos de Saúde - algumas vezes as mães aproveitavam para expressar opiniões negativas em relação a um ou outro elemento da equipa de saúde. Reclamavam de atitudes que classificavam como "frias", ou de dificuldades em obter informação clara e suficiente. Aproveitavam também para elogiar o comportamento dos elementos da equipa de saúde.

Problemas logísticos - frequentemente eram colocados problemas relativos ao funcionamento do refeitório do hospital, ao acondicionamento das mães de condição económica mais débil em alojamento fornecido pelo hospital, etc. Muitas vezes foi possível melhorar estas dificuldades recorrendo ao contacto entre a enfermeira chefe e os responsáveis pela gestão deste tipo de apoios.

Ao longo das sessões eram fornecidas informações e esclarecimentos sobre a situação do bebé, contrariando crenças e medos desajustados. A participação da enfermeira era aqui muito importante, pois ela dispunha dos elementos para fornecer os esclarecimentos necessários.

No final da sessão eram realçados aspectos positivos que emergiam do assunto central da reunião. Era dado especial relevo ao contributo de um ou outro elemento, embora se valorizasse a participação de todos. Aproveitava-se para deixar ao grupo, ou a uma mãe numa situação emocional mais crítica, uma nota final positiva tendo por base o que tinha sido discutido durante a sessão.

No grupo, a expressão de aspectos muito íntimos não era encorajada e, se necessário, a temática era explorada no contexto individual que descrevemos a seguir.

Apoio individual

Algumas mães (muitas vezes o casal) solicitavam apoio no contexto individual (ou de casal). Este apoio era também oferecido sempre que a equipa de saúde sinalizava alguma situação para qual, pela gravidade do momento, se indicava apoio psicológico.

O apoio era fornecido de acordo com os pressupostos da consulta psicológica, tendo em conta o que se disse a propósito da intervenção em crise. Estamos perante uma crise situacional que surge na sequência de um acontecimento invulgar sobre o qual o sujeito não tem qualquer controlo. Este processo caracteriza-se por ter um início repentino e ser inesperado. Foi seguido um modelo de intervenção breve, faseado em três níveis de acordo com os seguintes objectivos (12):

a) Estabelecimento do contacto com a mãe ou casal, desenvolvendo uma relação de confiança e empática, de modo a facilitar a intervenção. Nesta fase a exploração de aspectos da esfera sócio-económica e cultural permitia um conhecimento da situação familiar, dificuldades do casal, mas também uma identificação de recursos e potencialidades a ser usadas posteriormente.

b) Identificação do problema e análise dos seus aspectos particulares. Tratava-se aqui de investigar a crise actual, assim como a perspectiva e interpretação do paciente. Interessava também conhecer experiências anteriores do mesmo tipo e os modos, ou estratégias, usados para resolvê-las. Na maior parte dos casos observados, o problema era o choque que decorria do confronto com um parto prematuro e o internamento, ou a situação crítica do recém-nascido. Lembramos o caso de uma mãe, recentemente separada do pai da criança, cujo problema era a agressividade do ex-companheiro que aproveitava as visitas ao hospital para a perseguir. Para outra mãe, a crise decorrente do internamento de um bebé prematuro era vista como uma oportunidade para o casal aprofundar o seu relacionamento.

c) Identificação, selecção e Implementação de estratégias de confronto com o problema. Este passo implicava descobrir, com o paciente, modos novos ou já antes usados de diminuir as consequências da situação ou de aumentar a sua competência para lidar com o problema. Importava também melhorar o nível do funcionamento global do paciente. Quase sempre o esposo e a família de origem constituíam fortes recursos de apoio. Noutros casos os sentimentos religiosos proporcionavam a esperança numa solução. A percepção do suporte fornecido por outras mães e a confiança na equipa de saúde eram recursos que alimentavam a esperança de um desfecho favorável de muitas mães e pais.

Procuramos por em prática atitudes de apoio e empática. Encorajamos a expressão de sentimentos e medos relativos aos desfechos possíveis. Tivemos, entre outros, o objectivo de identificar as estratégias de "coping" preferenciais do paciente, encorajando que estas fossem postas em acção, e ajudar a mobilizar recursos pessoais, do casal e da família, que contribuíssem para o equilíbrio emocional. Em alguns casos, dada a gravidade do estado emocional, a mãe foi encaminhada para apoio psiquiátrico.

DISCUSSÃO

As mães do Serviço de Neonatologia passam muitas horas juntas nas instalações desta unidade, comunicam entre si, trocam opiniões, divulgam informações nem sempre correctas, tendem a estabelecer relações de amizade e a fornecer apoio mútuo. Uma vez que estas se organizam informalmente criando, de certa forma, um pequeno grupo de auto-ajuda, parece-nos intuitivo o aproveitamento deste potencial no sentido de promover uma maior eficácia do grupo. Se a maior parte destas mães tem vantagens em obter apoio no contexto grupal, este aspecto não deve excluir, por si só, o apoio individual e personalizado de que algumas outras carecem (6, 10, 12).

Os objectivos anteriormente definidos constituíam igualmente estratégias que eram implementadas nas sessões de grupo. Assim, por exemplo, "promover a inter ajuda nas mães" era um objectivo e era algo que se estimulava durante as sessões que acontecesse. Perante uma dificuldade expressa as outras mães, se não o faziam espontaneamente, eram convidadas a dar sugestões a expressar atitudes de apoio, etc. Considerava-se que estes objectivos eram atingidos se

se verificava a emergência de um ambiente sócio-afectivo mais caloroso e mais optimista. O "feed-back" fornecido pelas mães e pelo pessoal de enfermagem era o indício mais importante sobre o sucesso ou insucesso das sessões de grupo.

As barreiras e resistências que identificamos do lado das mães, quanto à sua participação num grupo de apoio, parecem relacionadas com factores instrumentais como dificuldades de horários consensualmente convenientes a um número de pessoas que permitam formar e manter um grupo ao longo do tempo.

Outra barreira decorria das diferenças de estatuto sócio-económico entre as mães. Em grande parte dos casos este obstáculo acabava por desaparecer conforme o processo evoluía e o relacionamento se aprofundava.

Quando a mãe e a criança vinham à Consulta de Desenvolvimento, 6 a 8 meses depois da alta do Serviço de Neonatologia, a mãe era inquirida sobre as reuniões de grupo ou o apoio individual que obtivera. Foram referidos sentimentos de auto-confiança, de apoio e de valorização pessoal, associados ao apoio anteriormente prestado. A opinião expressa sobre o processo era globalmente positiva.

CONCLUSÃO

O apoio psicológico prestado às mães e pais, de bebés internados em situação mais ou menos grave, é reconhecido por todos os intervenientes na saúde infantil como uma necessidade, dadas as vantagens para a criança e para a mãe, a curto e longo prazo (15,16).

Nos últimos anos o Serviço de Neonatologia e a sua Direcção tem vindo a atribuir uma importância crescente aos denominados cuidados diferenciados ao recém-nascido numa perspectiva do "developmental care" (17,18). De acordo com esta orientação, o risco que um grande pré-termo enfrenta pode ser significativamente diminuído, a ponto de se reflectir numa redução da demora média de internamento e qualidade da sobre vida, se for proporcionado um clima psicossocial adequado (19,20). Este objectivo implica promover atitudes diferenciadas e personalizadas em relação a cada recém-nascido (considerando o ritmo, características comportamentais e situação médica de cada bebé) da parte de todo o pessoal da Unidade e envolvendo os pais no processo.

Procura-se combinar a tecnologia típica das unidades de neonatologia com atitudes mais sensíveis e individualizadas de modo a facilitar o desenvolvimento neurocomportamental dos recém-nascidos. Apoiar psicologicamente os pais e reconhecer, valorizando, o seu papel de cuidadores a curto e longo termo, revela-se crucial neste contexto (5).

Vencendo este desafio, espera-se conseguir a acreditação do Serviço como centro NIDCAP (21). O esforço em facultar apoio psicológico às mães, a que se refere este trabalho, e também aos pais, deve ser perspectivado de acordo com esta orientação.

REFERÊNCIAS

1 - Viana V, Guimarães MJ, Barbosa MC, Teixeira Santos N. Percepção, Opiniões e Atitudes das Mães Relativamente ao Departamento de Pediatria do Hospital de S. João - Porto. Arq Med 1999;13:17-21.

2 - Roma-Torres A, Almeida JP, Viana V, et al. Reuniões de Grupo de Pais de Crianças Leucémicas: Repercussões Sistémicas na Família e na Unidade de Tratamento. Arq Med 1995;9:283-6.

3 - Sullivan-Bolyai S, Grey M, Deatrick J, Gruppuso P, Giraitis P, Tamborlane W. Helping Other Mothers Effectively Work at Raising Children with Type 1 Diabetes. Diabetes Educ 2004;30:476-84.

4 - Lee I, Norr K. Emotional adjustment and concerns of Korean mothers of premature infants. Int J Nurs Stud 2005;42:21-9.

5 - Borjesson B, Paperin C, Lindell M. Maternal Support During the First Year of Infancy. J Adv Nurs 2004;45:588-94.

6 - Cronnin C, Shapiro C, Casiro O, Cheang M. The Impact of Very Low-Birht-Weight Infants on the Family is Long Lasting. A Matched Control Study. Arch Pediatr Adolesc Med 1995;149:151-8.

7- de Lestard K, Lennox K. Developmental Care: Making your NICU a Gentler Place. Can Nurse 1995;91:23-6.

8 - Klaus M, Kennel J. Pregnancy, Birth, and the First Days of Life. In M. Levine, W. Carey, A. Crocker & R. Gross (Eds.): Developmental Behavioral Pediatrics. Philadelphia: Saunders.1985. pp.64-80.

9 - Holditch-Davis D. Bartlett TR, Blickman AL, Miles MS. Posttraumatic Stress Symptoms in Mothers of Premature Infants. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2003;32:161-7.

10- Kersting A, Dorsch M, Ludorff K, et al. Maternal Posttraumatic Stress Response After the Birth of a Very Low-birth Infant. J Psychosom Res 2004;57: 473-6.

11 - Littlejohn S. Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana. Rio de Janeiro: Zahar Eds.; 1982.

12 - Kanel K. A Guide to Crisis Intervention. New York: Cole Pub.; 2002.

13 - Kubler-Ross. On Death and Dying. New York: Mcmillan Pub.; 1969.

14 - Guimarães H. Relatório de Actividades 2004. Serviço de Neonatologia - H. S. J. - Porto, 2005.

15 - Garel M, Bahard M, Blondel B. Conséquences Pour la Famille d'une Naissance Très Prématuré Deux Mois Après le Retour à la Maison. Résultats de l'Enquête Qualitative de l'EPIPAG. Arch Pédiatr 2004;11:1299-307.

16 - Laucht M, Esser G, Schmidt M. Differential Development of Infants at Risk for Psychopathology. The Moderating Role of Early Maternal Responsivity. Dev Med Child Neurol 2001;43:292-300.

17 - Sizun J, Ratynski N, Mambrini C. Implanter un programme Individualisé de Soutien du Développement en Réanimation Néonatal: Pourquoi, Comment? Arch Pédiatr 1999;6:434-9.

18 - Brown L, Heermann J. The Effect of Developmental Care on Preterm Infant Outcome. Applied Nurse Research 1997;10:190-7.

19 - Buehler D, Als H, Duffy F, McAnulty G, Liederman J. Effectiveness of Individualized Developmental Care for Low-Risk Preterm Infant: Behavioral and Electrophysiologic Evidence. Pediatrics 1995;96:923-32.

20 - Als H. A Synactive Model Of Neonatal Behavioral Organization: Framework for the Assessment of Neurobehavioral Development in Premature Infant and for Support of Infants and Parents in Neonatal Intensive Care Environment. In J. K. Sweeney (Ed.), The High-risk Neonate: Developmental Therapy Perspectives. Phys Occup Ther Pediatr 1986;6:3-55.
21 - Lawhon G. Providing Developmentally Supportive Care in the Newborn Intensive Care Unit: An Evolving Challenge. J Perinat Neonatal Nurse 1997;10:48-61.

Correspondência:
Prof. Victor Viana
Departamento de Pediatria
Hospital São João
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4202-451 Porto

e-mail: victorviana@fcna.up.pt