

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO

**AFETIVIDADE NAS INTERAÇÕES MÃE-BEBÊ PREMATURO NO PRIMEIRO
CONTATO FÍSICO**

Lígia Maria da Costa Canellas Tropiano

São Paulo

2013

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO

**AFETIVIDADE NAS INTERAÇÕES MÃE-BEBÊ PREMATURO NO PRIMEIRO
CONTATO FÍSICO**

Lígia Maria da Costa Canellas Tropiano

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento orientação da Prof^a. Dr^a. Silvana Maria Blascovi de Assis.

Linha 2: Políticas e formas de atendimento: campos de atuação, programas, recursos e intervenções especializadas abrangendo, preferencialmente, educação, saúde, seguridade social e trabalho

São Paulo

2013

T856a

Tropiano, Ligia Maria da Costa Canellas

Afetividade nas interações mãe-bebe prematuro no primeiro contato físico. / Ligia Maria da Costa Canellas Tropiano. – 2013.

51 f. : 30 cm

Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2013.

Bibliografia: f. 41-47

1. Prematuridade 2. Interdisciplinar 3. Multidisciplinar. I.
Título

CDD 155.6463

Aprovada em 10 DE JUNHO DE 2013

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Silvana Maria Blascovi de Assis (Orientadora)
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Profª. Drª Fatima Aparecida Caromano
Universidade de São Paulo

Profª. Drª. Sueli Galego
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Dedicatória

Às Pessoas mais Amadas e Especiais para mim, que tanto me incentivaram, torceram e apoiaram, sempre com uma palavra de otimismo e um olhar doce;

Ao meu grande amor Anderson, com sua fé e confiança inabaláveis, por acreditar que eu conseguiria e me sustentar em oração e amor até aqui;

Ao meu Pai, Murillo, referência de caráter e integridade e a minha mãe Isabel, que foi recolhida por Deus durante o processo desta dissertação. Vocês me ensinaram princípios importantes, são meus modelos, me inspiraram na carreira acadêmica e na vida;

A minha pequena pérola Manuela, que veio como um presente na minha vida e me abrilhantou com a oportunidade única de ser mãe;

A minha Irmã Claudia e minha Sogra Marina, por serem sempre tão generosas e atentas as minhas necessidades;

Aos meus queridos Cristiane, Murilo, Ludimila , Daniel, Maraci, André e Sonia pela torcida, ainda que distante;

Ao meu sogro Carlos, a minha sogra Cleyde e ao meu Meio-Filho, Guilherme que fazem parte do meu Coração;

**Obrigada,
Amo muito vocês.**

Agradecimentos

Agradeço a Deus, que me abriu as portas deste mestrado e cuidou de mim em cada detalhe como um Pai me mostrando e me ensinando que desde o dia em que eu entreguei minha vida em suas mãos os meus problemas e as minhas lutas são Dele.

Ao amigo Prof. Dr Geraldo Fiamenghi que despertou o interesse neste tema me conduzindo com seriedade, profissionalismo, mas também com amizade e leveza.

Em Especial, a uma pessoa muito Querida que acreditou e depositou a sua confiança em mim, a Amiga, Prof^a Dra. Silvana Maria Blascovi de Assis me assumindo como orientadora.

À Prof^a Dra. Fátima , e a Prof^a Dra. *Sueli Galego* que aceitaram participar da minha Banca contribuindo para o enriquecimento deste trabalho.

À Querida e Grande Amiga Vivian Gestas Pfszter que lado a lado, construiu cada pedacinho deste trabalho se dedicando carinhosamente, me ajudando durante as filmagens e compartilhando meus momentos de desespero, sempre com um ponto de vista sensato e uma palavra amiga.

Ao Dr Jorge Salomão, superintendente da SPDM e ao Dr Victor Kawabata, diretor clínico, por possibilitarem a realização deste estudo.

A toda equipe do berçário e Uti neonatal do HMB que se dedicam de forma especial aos bebês prematuros e me auxiliaram com muito acolhimento em tudo o que eu precisei.

Aos meus líderes e pastores Ap. Fabio e Claudia Abbud pelas orações e pela inúmeras vezes em que me enxergaram melhor do que eu sou.

Aos meus amigos, irmãos da Igreja El shaddai Comunidade Cristã, em especial aos discípulos da Geração Ágape que são Um comigo, pela intensa torcida e por me ajudarem a me tornar uma pessoa melhor.

A querida Juliana por cuidar da minha princesa, muitas vezes até melhor do que eu, me deixando tranquila para finalizar essa dissertação.

A Prof^a. Dr^a. Denise Vianna e aos colegas do curso de Fisioterapia da Universidade Presbiteriana Mackenzie, em especial ao amigo Prof. Dr. Marcelo Fernandes por compartilhar comigo seus conhecimentos e me inspirar na docência de forma tão competente.

Muitíssimo obrigada a todos!

SUMÁRIO

Apresentação.....	12
Justificativas.....	13
1.Introdução.....	16
1.1Prematuridade.....	16
1.2Intersubjetividade.....	21
2.Objetivos.....	29
2.1 Geral.....	29
2.2 Específico.....	29
3.Método.....	30
3.1 Participantes.....	30
3.2 Local.....	31
3.3 Instrumentos.....	31
3.4 Procedimentos.....	31
3.5 Análise de Dados.....	32
4. Resultados.....	34
4.1 Díade 1.....	35
4.2 Díade 2.....	36
4.3 Díade 3.....	37
4.4 Díade 4.....	38
Considerações Finais.....	40
Referências.....	41
Anexos.....	48
Anexo 1- Carta de Informação ao Participante da Pesquisa.....	48
Anexo 2- Carta de Informação á Instituição.....	49
Anexo 3- Ficha de Coleta de Dados.....	50
Anexo 4- Questionário ABEP.....	51

TROPIANO, L.M.C.C. **Afetividade nas interações mãe- bebê prematuro no primeiro contato físico.** 51 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento)-Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2013.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever como os bebês prematuros se comportam intersubjetivamente na relação com suas mães nas primeiras semanas de vida. Para compreender as interações entre as díades mãe-bebê optou-se por uma metodologia qualitativa e descritiva de pesquisa. Participaram do estudo 4 díades compostas por mães primigestas e seus bebês recém-nascidos prematuros de 28 a 35 semanas, internados na UTI neonatal de uma instituição hospitalar pública da Grande São Paulo, 2 do sexo masculino e 2 do sexo feminino. Os dados foram coletados a partir da filmagem da primeira interação entre a díade ocorrida no colo da mãe, com duração entre 15 a 30 minutos. Após esse registro os comportamentos das díades mãe-bebê foram descritos e categorizados, de acordo com as categorias intersubjetivas propostas por Fiamenghi (1999) e Fiamenghi et al. (2010). Os resultados obtidos partir das descrições das interações das díades demonstrou que os bebês prematuros apresentam comportamentos intersubjetivos frente ao contato com sua mãe. Observou-se emoções positivas demonstradas por sorrisos, expressões de aconchego, sincronia, *timing* e empatia de sentimentos, atendendo às categorias de interação, convite e imitação (negociadoras) e curiosidade e simpatia (emocionais), baixa frequência de emoções negativas e nenhum comportamento agressivo por parte das mães. Os resultados desta pesquisa podem reforçar a necessidade da abordagem de humanização com os prematuros bem como a inserção da família e o treinamento e conscientização de toda a equipe multidisciplinar. Sugere-se continuidade do estudo com pesquisa de grupo.

Palavras - chave: prematuridade, intersubjetividade, multidisciplinar

Abstract

The aim of this study is to describe how premature babies behave intersubjectively in the relationship with their mothers during the first weeks of their lives. In order to understand the dyadic interaction between mother and baby, a qualitative and descriptive approach to research has been adopted. Four dyads comprised of primigravida women and their newly-born premature babies took part in the study. The babies had been born prematurely after 28 to 35 weeks of gestation and admitted to the neonatal intensive-care unit of a public hospital in the greater São Paulo. Two were female and two male. The data was collected from the filming of the first dyadic interaction in the mother's arms, lasting between 15 to 30 minutes. After that first registry, the dyadic behaviors between mother and baby were described and categorized following the intersubjective categories suggested by Fiamenghi (1999) and Fiamenghi et al. (2010). The results from the descriptions of the dyadic interactions showed that the prematurely-born babies establish an intersubjective relationship with their mother. There are positive emotions expressed through smiles, signs of coziness, synchrony, timing and empathy of feelings, falling into the category of (negotiating) interaction, invitation and imitation and (emotional) curiosity and friendliness; low frequency of negative feelings; and no aggressive behavior on the part of the mother. The outcome of this research may reinforce the need to adopt a humanizing approach to the prematurely-born babies; the need of inclusion of the family; and training and awareness of the whole multidisciplinary team. We suggest continuing this study by research using group.

Key-words: premature, intersubjective, multidisciplinary

APRESENTAÇÃO

Atuando como fisioterapeuta em unidades de terapia intensiva neonatal há dez anos, surpreendi-me com as habilidades demonstradas pelos bebês, em especial os prematuros.

Não foram raras as vezes, em que, a situação de emergência com um bebê mais grave, gerava a 'comoção' dos outros bebês internados na mesma unidade e 'vizinhos' de incubadora, que pareciam entender a situação de urgência e se comportavam permitindo que a equipe dispensasse maior atenção àquele que se encontrava em risco de morte imediata.

O estabelecimento do reconhecimento e da comunicação com a mãe e a transferência desse papel para uma figura da equipe de saúde, enfermeira ou fisioterapeuta, sugeria que os bebês recém-nascidos efetivamente fazem trocas afetivas desde muito cedo, despertando em mim a curiosidade em conhecer mais profundamente o mundo da comunicação dos bebês.

Revisando a literatura, pude observar que muito vinha se estudando a respeito das emoções dos bebês lactentes e crianças maiores, mas pouco ainda havia-se explorado a respeito dos recém-nascidos e dos prematuros, que por suas características inerentes à imaturidade dos sistemas orgânicos suscita questionamentos.

Abria-se um novo campo de estudo à minha frente tão encantador e inexplorado que necessitava de um olhar qualitativo detalhista sobre as relações e trocas humanas nos primeiros dias de vida desta população específica.

JUSTIFICATIVAS

Atualmente, das mortes que ocorrem até o primeiro ano de vida na criança, a causa mais incidente é a mortalidade neonatal sendo responsável por quase 70% dos casos. Estabelecer parâmetros de cuidados adequados ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país.

O componente neonatal da mortalidade infantil é estreitamente vinculado aos cuidados nos períodos da gestação, nascimento e primeiros dias de vida. Implica, no acompanhamento por profissionais de saúde durante todo ciclo de gestação com atenção adequada no momento do nascimento e cuidados destinados aos recém-nascidos, independente do nível de complexidade do caso (BRASIL, 2011). Estas ações têm chamado a atenção da comunidade científica, tornando-se foco de muitas publicações na última década (BIGRAS, PAQUETE, 2007; FELDMAN et al, 2002; SIQUEIRA, DIAS, 2011).

O número e a porcentagem de nascimentos de bebês prematuros no Brasil cresceram 27% em dez anos (entre 1997 e 2006) partindo de 153.333 (5,3% do total de nascimentos) para 194.783 (6,7% do total), constituindo um importante problema de saúde e representando um alto percentual na morbimortalidade neonatal. (BRASILb, 2011). Além das graves consequências médicas do nascimento prematuro, estudos têm demonstrado as consequências sociais resultantes do abandono e do alto custo dos cuidados pós-natais (LINHARES, BORDIM, JORGE, 2001; RODRIGUES et al, 2011).

As ações e pesquisas têm sido fundamentadas na integralidade da assistência, com atenção especial ao aspecto psicológico, como por exemplo, nos estudos sobre vínculo mãe-bebê, estímulo ao aleitamento materno, e humanização do ambiente hospitalar. (CRUVINEL, PAULETI, 2009; FERREIRA, SOUZA, 2011; GOMES et al 1997) O desenvolvimento emocional do prematuro constitui-se um campo ainda pouco explorado.

A Psicologia tradicional preocupou-se em estudar o funcionamento psicológico, em especial o cognitivo, isolando o aspecto afetivo e negligenciando-o enquanto substrato da constituição humana. Mais

recentemente, pesquisadores teóricos passaram a admitir que os bebês poderiam ser capazes de sorrir, não sendo esta ação somente um ato reflexo, e consideravam que, ainda assim, não eram capazes de comunicar-se ou de agir de forma intencional.

No que diz respeito ao desenvolvimento emocional, a Psicologia, de uma forma geral, defendia a teoria de que o recém-nascido apresentava um repertório limitado de respostas emocionais, uma excitação difusa, que provavelmente não poderia ser considerada emoção (FIAMENGHI, 1999)

O reconhecimento da intersubjetividade inata da criança apresenta um novo paradigma para entender as interações humanas e sua regulação emocional (TREVARTHEN, 1998; TREVARTHEN, AITKEN, 2001). Um conceito importante, quando se trata de intersubjetividade é a idéia de um sistema como base neural para habilidades sociais não verbalmente mediadas, chamada formação motivacional intrínseca (AITKEN, 2008). Somos capazes de perceber a criança como um ser ativo, coerente e motivado, pronto para estabelecer relações com o ambiente humano desde o nascimento, especialmente, mas não só, com sua mãe (FIAMENGHI, 2010).

Apesar de apresentarem baixo peso e imaturidade de desenvolvimento, os bebês prematuros têm mecanismos de expressão da sua vivência interna. Os profissionais que se ocupam dos bebês sabem que eles são capazes de manifestar prazer, dor, de buscar ou fugir do contato humano.

A imaturidade pode levar à disfunção em qualquer órgão ou sistema corporal, e o neonato prematuro também pode sofrer comprometimento ou intercorrências ao longo do seu desenvolvimento (RAMOS, 2009). Cuidados intensivos visando a sobrevivência da criança prematura e todas as perspectivas psicológicas sobre o desenvolvimento emocional destes bebês suscitam muitos questionamentos, como a possibilidade da prematuridade alterar ou interferir na qualidade da intersubjetividade da comunicação.

Há mais de uma década, diversos autores têm observado a interação dos bebês com suas mães e seus companheiros, bem como seu grau de empatia e a influência de brinquedos. (BUSSAB, PEDROSA, CARVALHO, 2007; FOGEL, 1988; HAY, NASH, PETERSEN, 1981). A diferença de gêneros e as interações com o espelho também têm sido foco de observações e

estudos sistemáticos (FIAMENGHI, 1999; WANDERLIND et al, 2006), em sua maioria, focando bebês nascidos a termo.

A fragilidade e necessidade de suporte de recém nascidos prematuros impõe tomadas de decisões clínicas refinadas que devem embasar-se no conhecimento pleno no desenvolvimento emocional desta população.

O presente estudo propõe-se a estudar casos de prematuridade, por meio da observação qualitativa, para analisar a capacidade inata dessa população em comunicar-se com as suas mães.

1. HISTÓRIA, CONCEITOS E ESTUDOS SOBRE NASCIMENTO PREMATURO

1.1 PREMATURIDADE

Ao longo da história encontra-se diferenças relevantes na forma como se valorizava e entendia o recém-nascido. Na Grécia Antiga, o bebê só recebia um nome a partir dos três meses de idade, sendo então considerado como uma pessoa, situação bastante compreensível em face à alta mortalidade infantil da época. A mortalidade começa a diminuir, aos poucos, a partir do final do século XVIII, e mais efetivamente a partir do final do século XIX. Até o impacto da medicina moderna, no final do século XIX, ter filhos era um empreendimento arriscado, mas que não impedia a expectativa de procriação entre aqueles que se casavam (KUHMAN, 2005). Em 1950, o bebê já recebia nome ao nascer, porém, ainda era considerado incompetente por estudiosos do desenvolvimento infantil como Gesell (BRASIL, 2011). Somente a partir dos anos 1960, com o surgimento das unidades de terapia intensiva neonatais e a diminuição da mortalidade, começaram os relatos sobre as competências e capacidades do neonato.

A Organização Mundial da Saúde adota a classificação relacionada à idade gestacional do recém-nascido (RN) da seguinte forma, pré-termo (PT) é aquele nascido com menos de 37 semanas de idade gestacional ou 259 dias de gestação, recém-nascido a termo (RNT) é aquele nascido entre 37^a e 41^a semanas e seis dias de idade gestacional e entende-se por recém-nascido pós-termo os nascidos com 42 semanas de gestação ou mais (OMS, 2004).

A prematuridade é estabelecida a partir de parâmetros colocados em evidência pelos exames médicos (dados clínicos e ultrassonográficos) e pela avaliação anatômica da criança (principalmente peso e estatura) (WIESE, 2009).

Crianças nascidas pré-termo com peso inferior a 1500g constituem-se um grupo de alto risco para apresentar problemas de desenvolvimento, (LINHARES, 2004). Os nascimentos de recém-nascidos baixo peso ocorrem em sua maioria em consequência de um parto prematuro, contribuindo de

maneira substancial para a mortalidade neonatal, especialmente nos países pobres (OMS, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) nascem, em todo mundo atualmente, 20 milhões de crianças prematuras e com baixo peso, sendo que, um terço delas morre antes de completar um ano de vida. Os últimos dados estatísticos disponíveis do Sistema Único de Saúde, referentes ao ano-base de 2006, mostram um índice de 6,7% de nascimentos pré-termo (197.310 bebês) em um total de 2.944.928 bebês nascidos vivos (BECK et al, 2010; BRASIL, 2012).

O nascimento de uma criança prematura e com baixo peso pode ocorrer por diversas causas, destacando se o crescimento intrauterino deficiente por processos patológicos, transtornos placentários, má nutrição, hipertensão, gemelaridade, mãe jovem e condições de pobreza (LINHARES, 1999). Algumas medidas têm sido propostas para auxiliar na detecção do risco logo após o nascimento da criança, entre as quais o peso ao nascimento, a idade gestacional (BRITO et al, 2003), o *apgar* e a adequação do peso para idade gestacional (MÉIO, LOPES, MORSCH, 2003).

A evolução da neonatologia, a partir da década de 1960, vem reduzindo a mortalidade de bebês nascidos prematuros, e tem como desafio a questão da morbidade e da qualidade de vida dessas crianças (LEQUIEN, 1999). Avanços significativos têm sido realizados quanto aos índices de sobrevivência de neonatos pré-termo de alto risco, atingindo taxas bem sucedidas, em torno de 50 a 90% em neonatos de 24 a 28 semanas de idade gestacional (LORENZ, 2000).

Segundo Linhares (2004), os RNs pré-termo e baixo peso são, portanto considerados um grupo de alto risco. A prematuridade é apontada como um fator de risco biológico para o desenvolvimento típico infantil, aumentando a probabilidade para problemas em diversas áreas e momentos do curso do desenvolvimento. Para o autor, quanto mais baixo o peso de nascimento, maior a probabilidade de essas crianças desenvolverem problemas de desenvolvimento com sequelas de difícil reversão. A imaturidade dos sistemas do organismo do neonato pré-termo constitui-se uma vulnerabilidade inicial para dificuldades nos processos regulatórios nesse período. (VIEIRA,

LINHARES, 2011). Estudos sobre fatores de risco são unânimes em apontar a prematuridade e a condição de muito baixo peso ao nascimento entre os diversos fatores de risco que respondem pela vulnerabilidade da criança. (BRAZELTON, 1994, LINHARES, 1999). Para Mellier (1999), a prematuridade constitui uma situação excepcional tanto para a criança como para seus pais, pois implica no aumento de diversos fatores de vulnerabilidade frente aos distúrbios de desenvolvimento, que devem ser compreendidos a partir de múltipla influência, considerando os fatores biológicos, ambientais e sociais. Os recém-nascidos prematuros são mais propensos a apresentar deficiências cognitivas, pior desempenho de forma geral e dificuldades comportamentais, sendo que, quanto mais baixo o peso de nascimento, mais dificuldades ocorrem no curso do desenvolvimento (LINHARES, 2003). As condições neurológicas ao nascimento e as condições ambientais familiares da criança atuam de modo significativo, atenuando ou agravando o desencadeamento das intercorrências. (BRAZELTON, 1994).

A idade corrigida é calculada em algumas situações para que se possa esperar do bebê um comportamento neuropsicomotor apropriado ao desenvolvimento do organismo. Todavia, alguns autores referem que o contato com o ambiente e sua influência no comportamento motor estimula reações fazendo com que os bebês prematuros desenvolveram estratégias para lidar com as desvantagens orgânicas adaptando-se assim ao meio e apresentando intensa maturação motora e organização comportamental (sucção, deglutição, respiração, estado de alerta) em resposta, por exemplo, a estímulos como a reação à gravidade (RANIERO, TUDELLA, MATTOS, 2010).

Se, de um lado, as dificuldades de desenvolvimento apresentadas por crianças pré-termo e muito baixo peso são evidentes, por outro, existem possibilidades bem sucedidas de enfrentamento das condições adversas pela própria criança prematura.

Linhares et al (1999) relataram que fatores sociais associados à condição de pobreza e suas adversidades podem agravar os riscos relacionados à prematuridade, prejudicando o desenvolvimento da criança enquanto que, fatores ambientais protetores combinados podem favorecer a

resiliência e contribuir positivamente no processo de desenvolvimento do comportamento da criança.

Atualmente no Brasil, a intervenção no atendimento às crianças prematuras enfrenta um novo paradigma relacionado com a assistência humanizada à criança e à sua família, respeitando suas características e individualidades (BRASIL, 2011a). Enfoque especial tem sido dado ao conhecimento do psiquismo do bebê na sua vida extrauterina, na relação com sua mãe, pai ou toda família.

A trajetória de desenvolvimento da criança pré-termo fora da vida intrauterina inicia-se no contexto hospitalar de uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), devido à necessidade de receber cuidados intensivos para sobreviver. O recém-nascido pré-termo apresenta-se imaturo, desorganizado e desintegrado em várias funções e sistemas do organismo relevantes para o seu desenvolvimento (KLEIN, GASPARDO, LINHARES; 2011), ficando exposto a experiências atípicas de privação ou excesso de estímulos em um período sensível e ótimo para o crescimento cerebral rápido e diferenciação neuronal (KLEIN, LINHARES, 2010).

Os três últimos meses de gestação correspondem a fases de maior velocidade de crescimento e especialização do cérebro humano, acontecendo em um ambiente adequado que é o útero materno, onde os estímulos são filtrados e fornecidos em uma sequência adequada (BRASIL, 2011). O nascimento prematuro priva o bebê desta fase, sendo lançado em um ambiente de alta tecnologia e pouca humanização, onde o objetivo principal é a sobrevivência de bebês cada vez menores, (BRASIL, 2011). Autores sugerem que a experiência na UTIN pode afetar negativamente os bebês pré-termos com sinais significativos apresentados desde as primeiras semanas, identificados por pior organização fisiológica e comportamental (LINHARES et al, 2003) e também, posteriormente, na idade escolar (ALS, 1996; VIEIRA, LINHARES, 2011).

Segundo Lickliter (2000), as alterações nas experiências sensoriais percebidas pelos bebês prematuros em uma UTIN típica (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, com prejuízo no desenvolvimento perceptivo, na integração das informações intersensoriais, na memória, no aprendizado, bem como na sensibilidade à estimulação social.

Experiências diversas podem levar a alterações no sistema nervoso central (SNC) por acontecerem num período de grande evolução cerebral. O bebê pré-termo enfrenta, além de problemas clínicos durante sua estadia na UTIN, experiências estressantes ou dolorosas que estão sujeitas a contribuir para alterações no sistema nervoso central em desenvolvimento. Frente às discrepâncias do ambiente e dos cuidados na UTIN em relação ao esperado evolutivamente dentro do útero, observam-se no SNC alterações mais discretas e mais disseminadas, que começaram a ser descritas recentemente (MARONEY, 2003), talvez estando correlacionadas com alterações no neurodesenvolvimento e no funcionamento social e emocional.

A influência do ambiente vem sendo estudada e embasada nas teorias de controle motor demonstrando que a capacidade de utilizar percepções para orientar as ações surge bem cedo, estabelecendo uma nova perspectiva em relação ao sistema nervoso central que, de um sistema sensorio motor que reage as variáveis ambientais, transformou-se em um sistema percepção/ação capaz de explorar ativamente o ambiente, a fim de satisfazer seus próprios objetivos, descrevendo o indivíduo, em qualquer fase ou idade, como um explorador ativo do ambiente (SHUMWAY-COOK, WOOLLACOTT, 2003).

O incentivo à efetiva participação da mãe, pai e família e sua permanência junto ao bebê, durante o período de sua internação, revela um momento de amadurecimento da assistência neonatal, assumindo que o tratamento do recém-nascido envolve muito mais do que apenas a utilização de procedimentos e técnicas (BRASIL, 2011). Nesse sentido um conjunto de ações tem sido proposto procurando não apenas elevar o padrão do atendimento técnico ao recém-nascido, mas incentivar práticas fundamentadas na integralidade do cuidado obstétrico e neonatal.

Nesse contexto, o Método Canguru, introduzido em algumas unidades de saúde brasileiras na década de 90, foi incorporado às políticas de saúde no campo perinatal. O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal

voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, que parte dos princípios da atenção humanizada; objetivando reduzir o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorecendo o vínculo. Como objetivos secundários, mas não menos importante, esse modelo contribui para a redução do risco de infecção hospitalar, reduz o estresse e a dor do recém-nascido, aumenta as taxas de aleitamento materno, melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido, propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde, possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar, reduz o número de reinternações e contribui para a otimização dos leitos de UTIN e de cuidados intermediários neonatais. (BRASIL, 2011; MAIA, AZEVEDO, GONTIJO, 2011; ALMEIDA, ALMEIDA, FORTI, 2007)

Os avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas, como o incremento no uso de corticóide antenatal e a terapia de reposição de surfactante no recém-nascido prematuro, bem como o incentivo e promoção do vínculo e desospitalização do recém-nascido por meio de programas como o Método Canguru, já exposto, são intervenções cujos benefícios são inquestionáveis e resultam em indicadores objetivos, por exemplo, a queda da mortalidade infantil nesta população. Porém o quanto isso efetivamente repercute no desenvolvimento emocional e nas relações interpessoais ainda se apresenta um campo abstrato tanto para a área de cuidados médicos e intensivos, quanto para o campo da Psicologia.

A criança desenvolve no período neonatal uma comunicação com o ambiente e em especial com a sua mãe por meio da afetividade, sendo este um fator importante para o seu desenvolvimento. (PORTO, 2003; LÉVY, 1978)

Estudos indicam que crianças que vivem situações de privação de contato e afeto podem desenvolver problemas em seu crescimento físico e ou mental. (MONTAGU, 1988). O sistema nervoso do recém nascido depende do sistema estímulo-resposta e as experiências afetivas e motoras contribuem para a aprendizagem (BRAZELTON, 1981)

1.2 INTERSUBJETIVIDADE

Por mais de quinze séculos, o recém-nascido foi considerado uma criança incompleta, vindo ao mundo como uma folha em branco, a ser preenchida pelas relações com o ambiente. Esta visão teve implicações para a presunção de que recém-nascidos e prematuros nem mesmo sentiam as emoções e dor. Ao longo das últimas décadas a acumulação gradual de conhecimento sobre a neurofisiologia das crianças e dados sobre sua competência social veio como uma surpresa para os pesquisadores dos recém-nascidos, de que estes tem preferência por faces humanas e para a voz, o cheiro e a face das suas mães, bem como a sua capacidade de imitar gestos e expressões faciais transformaram a nossa percepção da criança de incompleta à socialmente mais competente (NAGY, 2008).

Diversos estudos têm mostrado o recém-nascido prematuro como um parceiro capaz e ativo em sua interação com o ambiente (WENDLAND, 2001; PINTO, 2009; WIESE, 2009). Outros apontaram que a prematuridade pode afetar condutas precoces de orientação do bebê no ambiente, em sua relação com pessoas e com objetos, assim como a regulação dos estados de atenção e de familiarização diante de eventos perceptivos repetidos, sugerindo que a criança prematura não apresenta na interação as mesmas competências da criança nascida a termo, descrevendo a prematura como menos sensível e menos reativa aos estímulos externos (ALS, 1994; CHARAVEL, 2000).

Bussab, Pedrosa e Carvalho (2007) postulam que desde o nascimento apresentamos inclinações para a regulação social, referenciamento no outro, compartilhamentos e formação de vínculos afetivos. Brazelton (1988), Klaus, Kennell (2000) e Schermann (2001), demonstram que os bebês recém-nascidos apresentam uma impressionante capacidade de responder às interações já nos primeiros minutos. Iniciam a vida capazes de fazer discriminações importantes e de localizar objetos por meio de várias indicações perceptivas, por exemplo, por meio do olhar, identificando inclusive a voz do pai e da mãe.

Bowlby (1997) descreveu a importância das primeiras relações para o desenvolvimento, formulando, desse modo, a teoria do apego ao longo do desenvolvimento, a criança passa a revelar um comportamento de apego que é facilmente observado e que evidencia a formação de uma relação afetiva com as principais figuras deste ambiente. De acordo com o autor, a maioria dos bebês de cerca de três meses de idade já responde à mãe de um modo diferente em comparação com outras pessoas.

Os estudos sobre o desenvolvimento social e afetivo do recém-nascido não deixam mais dúvida de que os bebês, mesmo os recém-nascidos reagem de forma intencional aos sinais dos adultos como o contato do olhar e a fala afetuosa despertam sorrisos (BUSNEL, 1997). O colo acalma e organiza, (KLAUSS, KENNEL, 1993) reações de agrado e de desagrado de recém-nascidos a estímulos nociceptivos e a estímulos olfativos e gustativos evidenciam sintonia complexa com o ambiente, excluindo a possibilidade de interpretação em termos de reações reflexas (BERGAMASCO, 1997). Um feto, ainda no útero já é capaz de identificar a voz de sua mãe. (TREVARTHEN, 2004) Neste contexto de estudo do envolvimento interpessoal de crianças pequenas, bem como a compreensão dos pensamentos e sentimentos em relação ao outro, o conceito de intersubjetividade tem aparecido, implícita ou explicitamente (BUSSAB, PEDROSA, CARVALHO, 2007). Os autores afirmam ainda que diferentes significados têm sido atribuídos ao conceito, refletindo diferentes ênfases, em seus aspectos afetivo-emocionais, ou em aspectos cognitivos.

Define-se como intersubjetividade, a capacidade inata para reconhecer e comunicar-se com os estados psicológicos de outros indivíduos (FIAMENGHI, 1999). Trevarthen (2001) foi um dos primeiros a chamar a atenção para a precocidade da 'intersubjetividade primária', uma ligação motivada sujeito-sujeito, definida como as experiências imediatas de compartilhar estados subjetivos e a intersubjetividade secundária como a busca para compartilhar experiências sobre os eventos e as coisas.

Foi uma redescoberta para a psicologia do desenvolvimento, perceber que crianças muito jovens, com menos de 3 meses poderiam estabelecer uma protoconversa com uma mãe atenta e carinhosa. (TREVARTHEN, 2004).

Bebês são capazes de interagir de modo ajustado com as suas mães (KLEIN, LINHARES, 2010), mostram-se motivados e interessados frente a sua imagem no espelho e inclinados a interagir com seus pares, sendo estes bebês da mesma faixa etária, do mesmo gênero, ou gêneros diferentes (FIAMENGHI, 1999; FIAMENGHI et al, 2010). Além disso, as reações do recém-nascido podem ser alteradas pela reação do seu parceiro, em especial se este parceiro for a sua mãe. Os estados mentais se manifestam no comportamento humano. Crianças mostram muitos comportamentos que são, obviamente, para comunicar seus estados mentais com os estados mentais de outras pessoas. (TREVARTHEN, 2004).

Segundo Fiamenghi (1999) começamos recentemente a compreender que os bebês possuem uma vida de relacionamento, são desejosos para socializar-se e estão prontos para intercâmbios intersubjetivos, desde seu nascimento. Os mecanismos cerebrais de motivação intrínseca de uma criança para uma avaliação consciente do mundo compartilhado, e para se envolver com outras pessoas, a fim de saber mais, são quase desconhecidos, e certamente são negligenciados pela psicologia infantil (TREVARTHEN, 2004)

Os estudos comparativos de intersubjetividade ajudam na compreensão das origens dos traços e das especificidades dessa característica no ser humano. O estudo de casos em que alguns aspectos da intersubjetividade estão prejudicados, como ocorre nas síndromes de desenvolvimento global ou autísticas, adicionam elementos para a formulação de questões e para o entendimento do fenômeno (BUSSAB, PEDROSA, CARVALHO, 2007). Da mesma forma, estudos também têm avaliado a interação social de crianças que nasceram prematuras nos primeiros anos de vida, identificando diferenças em comparação a crianças a termo (KLEIN, LINHARES, 2006).

O nascimento é um evento festejado na maioria das culturas, principalmente ocidentais. O funcionamento psíquico da mulher no período gestacional mostra mudanças intensas, em curto espaço de tempo. Temos uma nova organização do funcionamento psíquico desta, que Stern (1997) tão bem descreveu como 'constelação da maternidade', porém o nascimento traz consigo uma nova realidade tanto para a mãe, para o pai e também para o bebê. Para a mulher surge a necessidade de uma readaptação diante das

mudanças ocorridas com a chegada do bebê, o que para algumas parece mais difícil do que para outras e pode influenciar na qualidade nesta nova relação. Definitivamente é o momento de reorganizar sua 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, o que pode exigir alterar seus investimentos emocionais, sua distribuição de tempo e energia, redimensionar suas atividades (STERN, 1997; KLAUSS, KENNEL, KLAUS, 2000; SPITZ, 2004). Aliado a essas mudanças, um parto prematuro pode ser outra situação que possa trazer dificuldades adaptativas para a mãe.

O primeiro ponto a ser ressaltado é que o parto prematuro, em geral, ocorre de forma urgente, privando a mãe da preparação psicológica do final da gravidez, causando um sentimento de ferida, de incapacidade, podendo levá-la a um contexto de prematuridade psicológica (THOMAZ et al, 2005).

Para o bebê prematuro o nascimento representa alterações muito mais significativas, pois devido a seu estado, que inspira cuidados, ele será privado de tudo aquilo que um bebê a termo recebe ao nascer, no que se refere aos cuidados parentais. No lugar de cuidados maternos e paternos, necessita de procedimentos invasivos; ele sente o odor dos tecidos da incubadora, que não são os mesmos do corpo de sua mãe; não sente calor nesses tecidos; inala também o cheiro forte das substâncias usadas nos procedimentos indispensáveis, bem como o do sabão líquido, o álcool gel com o qual a equipe lava ou higieniza as mãos. O bebê pré-termo leva mais tempo para sentir o cheiro de seus pais e escutar novamente a voz deles. Fica, também, mais tempo privado do contato pele a pele, de carinhos e afagos vindos de seus genitores (BRASIL, 2011, KLAUS, KENNEL, KLAUS, 2000).

A criança é privada de três aspectos fundamentais para seu desenvolvimento, o útero materno, a interação afetiva com os pais e o meio familiar. Essas três privações podem ser decisivas na constituição de uma experiência traumática, pois a descontinuidade experimentada pelo bebê e por seus pais quebra o continuar a ser do pequeno indivíduo. Acrescentem-se, ainda, os procedimentos intrusivos e dolorosos (LINHARES et al, 1999). Os recém-nascidos prematuros são altamente sensíveis à dor devido à

imaturidade do sistema nervoso. A exposição ao estímulo doloroso em um período inicial de desenvolvimento do sistema nervoso central pode levar a alterações comportamentais e uma diminuição do volume de áreas sensoriais do cérebro. (MAIA, OLIVEIRA, GONTIJO, 2011)

Contudo, para Winnicott (1999), nem todo nascimento é traumático, se a mãe, ou quem exerça essa função, estiver pronta para fazer uma adaptação ativa e se dedicar ao bebê. A cadência rítmica do continuar a ser do bebê, que sofreu aumento de intensidade por causa do parto, pode ser retomada, e a oscilação pode voltar para um ritmo que possibilite o crescimento. A mãe pode minimizar essa descontinuidade através dos cuidados e da devoção ao bebê. Quando a mãe aconchega o bebê em seu seio, oferece-lhe um tipo de contato que institui o laço familiar. Assim, restitui-se o compasso quebrado pelo nascimento. Esse encontro é decisivo para o desenvolvimento do psicossoma, que se movimenta para descobrir o ambiente e daí relaciona-se com esse ambiente. Mas, se o isolamento primário foi quebrado por uma ação intrusiva, essa ação poderá provocar uma reação que é a volta ao isolamento e fechamento para o ambiente. Quando o “continuar a ser” pessoal do indivíduo é interrompido por reações a intrusões prolongadas, instaura-se um trauma que pode produzir efeitos desestabilizadores temporários na identidade que está em processo de formação. Podemos pensar que o nascimento traumático pode produzir efeitos de “des-ser” (MOREIRA, 2007)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) aponta três modalidades de defesa que aparecem no bebê pré-termo. O fechamento sobre si mesmo, também chamado de hibernação mental, aparece como perigosa forma de defesa em que o bebê não responde facilmente mesmo a estímulos agradáveis, como a voz de sua mãe. Às vezes, o bebê pode utilizar o sono como forma de defesa, quando este aparece como recusa ao contato. Por fim, temos a fixação adesiva do olhar. As três modalidades de defesa apontadas pelo Ministério da Saúde confirmam a tese winnicottiniana do fechamento do psicossoma frente a um ambiente intrusivo, que insiste em ser mais importante que o bebê. O bebê prematuro precisa ter seu desenvolvimento afetivo promovido. Assim, é fundamental o incentivo na constituição do sentimento de competência da mãe e da própria equipe.

Em muitas unidades neonatais, o acesso da mãe é livre durante o dia, mas nem sempre se observa sua presença de forma tão constante, e no período noturno não há possibilidade de sua permanência. Assim, é durante algumas horas por dia que o prematuro pode sentir e interagir com sua mãe, geralmente de forma limitada, pois não raro os bebês estão na incubadora, sedados, em uso de oxigênio, ou em fototerapia (banho de luz), e não podem ser carregados, nem amamentados.

Um período prolongado em ambiente hospitalar e submissão aos procedimentos médicos aos quais a criança prematura pode ter sido submetida no início da vida podem influenciar negativamente as suas integrações sensoriais e afetar o desenvolvimento do seu comportamento, inclusive a sua estruturação cognitiva. Portanto, o nascimento prematuro e a situação de hospitalização que, em geral, se segue, podem criar um estresse emocional, levando à probabilidade de afetar a emergência de competências, tanto na criança como nos pais (PADOVANI et al, 2004).

A mãe de um recém-nascido a termo e saudável precisa ajustar a imagem idealizada de seu bebê ao bebê real. Naturalmente, isto é muito mais difícil para os pais de um bebê prematuro, quando tem que reconciliar a imagem mental idealizada com a aparência enfraquecida de um bebê prematuro. O primeiro olhar e o manuseio do bebê prematuro nunca são fáceis para a mãe, mas é tão importante para ela quanto para o bebê, para construção do vínculo. Mesmo após a alta hospitalar o bebê prematuro pode não responder à intensidade da interação materna. A mãe pode interagir 90% do tempo com seu bebê e este pode responder-lhe apenas 30% do tempo. Enquanto os pais querem fazer todo o tipo de esforço para estimular maiores respostas no seu bebê, a estimulação pode ser contraproducente, fazendo com o que o bebê responda menos. O resultado pode ser o afastamento, levando a uma quebra do vínculo. Para evitar essas situações os pais devem ser orientados quanto às necessidades do bebê prematuro, estimulando-os a mover-se no ritmo do bebê, construindo dessa forma um forte vínculo pais-bebê (KLAUS, KENNEL, KLAUS, 2000).

Segundo Bowlby, (1997), o apego pode ser considerado como um vínculo do bebê para com sua mãe. Porém, o termo pode ser empregado de

uma forma mais ampla, constituindo um vínculo nas duas direções, bebê-mãe e mãe-bebê (KLAUS, KENNEL, 1993). O apego dos pais para com seu novo bebê não é instantâneo e automático com o nascimento. Ele não é instintivo, como difundido popularmente. O vínculo deve ser visto como um processo contínuo para que exista a conscientização de suas complexidades e possíveis armadilhas, como por exemplo, o nascimento de um bebê prematuro e/ou com patologias que possam levar a quebra desse processo, acarretando dificuldades no relacionamento pais e filhos (BRAZELTON, 1988).

A característica essencial da vinculação afetiva, segundo Bolwby (1997) é que os dois parceiros tendem a manterem-se próximos um do outro. A quebra desse vínculo, por qualquer motivo, pode produzir um distúrbio do comportamento afetivo como, por exemplo, um desligamento emocional que consiste em um padrão de comportamento de afastamento de quem se ama. O autor argumenta que uma criança afastada de sua mãe por apenas alguns dias, no momento do reencontro pode não reconhecer sua mãe ou evitá-la.

Mesmo com tantas possíveis interferências no desenvolvimento do apego e na sua percepção de si, é notório que mesmo o recém-nascido prematuro apresenta comportamentos sugestivos da presença da capacidade empática e do comportamento intersubjetivo, mas o que ainda é uma incógnita é o quanto isso pode ser afetado pelas condições que são impostas pela própria prematuridade.

2.OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Descrever, por meio de estudo de caso, como bebês prematuros se comportam intersubjetivamente na relação com suas mães na primeira semana de vida.

2.2 Objetivos específicos:

- Descrever a forma de interação da mãe com seu bebê prematuro.
- Categorizar o comportamento do bebê prematuro frente ao contato com a sua mãe.
- Identificar indícios emocionais ou intencionais na comunicação do bebê prematuro com a sua mãe.

3. MÉTODO

Para compreender as interações entre as díades mãe-bebê optou-se por uma metodologia qualitativa e descritiva de pesquisa, que possibilitou uma ação reflexiva do pesquisador durante todo o processo do estudo.

3.1 Participantes:

Participaram do estudo 4 díades compostas por mães primigestas e seus bebês recém-nascidos prematuros de 28 a 35 semanas, internados na UTIN de instituição hospitalar pública da Grande São Paulo, sendo 2 RN do sexo masculino e 2 do sexo feminino.

A escolha por estudo de caso se justifica por tratar-se de um estudo qualitativo, envolvendo análise descritiva de gravações, que demandam um tempo considerável e um nível de profundidade incompatível com grande número de participantes.

Como critérios de exclusão foram adotados: recém-nascidos com nota de apgar menor que 7, em uso de sedação, instabilidade hemodinâmica, atestada pela necessidade de drogas vasoativas, episódios de apneia e dependência de ventilação mecânica; portadores de síndromes ou malformações congênitas.

O afastamento da díade nos primeiros dias de vida, quando os bebês permaneceram em incubadora sem interagir no colo de suas mães se deu, portanto, pelos cuidados necessários impostos pela própria prematuridade, não havendo situações clínicas de risco ou traumáticas entre as díades.

Os responsáveis e a instituição foram convidados e assegurados sobre a preservação de sigilo quanto à sua identidade de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo I e II), além de garantir que os dados seriam utilizados apenas para fins de pesquisa científica e que os participantes poderiam deixar a pesquisa no momento que desejassem. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade

Presbiteriana Mackenzie, parecer CEP/UPM nº 1451/05/2012, CAAE 03165012.4.0000.0084.

3.2 Local:

Os dados foram coletados na UTIN e berçário de uma Instituição Hospitalar Pública, localizada na região metropolitana de São Paulo. A UTIN tem 10 leitos e o berçário 20, dispõe de equipe multidisciplinar composta por 1 médico diarista, 2 médicos plantonistas, 2 enfermeiras, 8 auxiliares de enfermagem, 1 lactarista, 1 fonoaudióloga, 1 psicóloga e 1 fisioterapeuta por período. A instituição apresenta proposta, de atendimento humanizado adotando o Método Canguru e possibilitando a permanência diária dos pais junto à criança por 24 horas.

3.3 Instrumentos

1. Ficha de coleta de dados (Anexo III)
2. Questionário ABEP para classificação sócio econômica (Anexo IV)
3. Filmadora digital FullHD Sony modelo HDR-P 1200, zoom óptico LCD, widescreen 2,7, touchscreen HDM 1, com projetor integrado.

3.4 Procedimentos:

Após a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (instituição e participantes), as mães responderam o questionário ABEP para classificação socioeconômica e foi dado início às filmagens das díades mãe-bebê.

As filmagens tiveram a duração de 15 a 30 minutos, uma vez por semana, por um período de quatro semanas, sendo que o bebê poderia estar na incubadora, ou no colo da mãe. As filmagens ocorriam durante o horário de visitas das mães, registrando situações cotidianas das díades no ambiente hospitalar (momento de mamada, banho, Canguru)

Durantes as filmagens a câmera ficava posicionada fixa em tripé, a 1 metro da díade. As filmagens foram realizadas em uma tomada, sempre evidenciando mãe e bebê, foi utilizado o zoom para evidenciar, em alguns momentos, a expressão do bebê. As filmagens foram realizadas pela própria pesquisadora com ajuda de uma fisioterapeuta da Instituição.

3.5 Análise dos Dados

Após as filmagens e em vista da quantidade de dados obtidos, optou-se por selecionar somente aquelas realizadas durante a primeira semana. Tal escolha justifica-se por ser a esta a semana na qual mãe e bebê iniciaram sua interação. A primeira filmagem aconteceu para todas as díades, no primeiro dia em que o bebê foi ao colo materno. As interações anteriores ocorreram na forma de toque, olhares e verbalizações maternas, sem que a mãe tivesse o filho em seus braços, devido ao quadro clínico do neonato.

Os comportamentos das díades mãe-bebê foram descritos e categorizados, de acordo com as categorias propostas por Fiamenghi (1999) e Fiamenghi et al. (2010):

a) Categorias negociadoras:

- i. Interação: mãe e bebê envolvidos em algum tipo de interação, normalmente começando com um olhar em direção ao outro, seguido por vocalizações, sorrisos, olhar para o outro e manter o olhar fixo no outro
- ii. Convite: a mãe ou o bebê tentam fazer contato, mas não obtém sucesso, ou seja, um dos dois não é receptivo. Isto pode ou não levar a uma nova interação. O que convida olha para o outro, que não manifesta resposta.
- iii. Imitação: a mãe ou o bebê tentam reproduzir o comportamento um do outro.

b) Categorias Emocionais:

- i. Curiosidade: o bebê olha para a mãe observando seu comportamento com olhos bem abertos
- ii. Simpatia: mãe ou bebê olham um para o outro sorrindo, com ou sem vocalizações.
- iii. Indiferença: mãe ou bebê parecem concentrar a atenção em algum outro lugar, desconsiderando a presença do outro.
- iv. Irritação: a mãe fala de uma maneira áspera ou alta, o bebê chora ou mostra desconforto.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade das mães que compunham as díades variou entre 20 a 30 anos, todas primigestas e submetidas à via de parto cesárea. Duas delas eram casadas, nenhuma trabalhava fora sendo uma delas estudante e de acordo com o questionário ABEP todas pertencentes à classe C (Quadro 1).

Quadro 1: caracterização do grupo de mães

	Idade	Via de parto	ABEP	Estado Civil	Ocupação	Abortos anteriores
M 1	24	Cesárea	C	Casada	Do Lar	Nenhum
M 2	28	Cesárea	C	Casada	Do Lar	Nenhum
M 3	20	Cesárea	C	Solteira	Estudante	Nenhum
M 4	22	Cesárea	C	Solteira	Do Lar	Nenhum

Após a alta hospitalar da mãe, as mesmas chegavam ao hospital no período da manhã e passavam o dia todo na UTI neonatal, exceto durante procedimentos específicos, voltando para suas casas no final da tarde por volta das 18h. Nenhuma delas dormia no hospital e todas as refeições eram oferecidas pela Instituição (almoço, lanche da tarde e jantar).

Serão apresentadas as descrições dos comportamentos observados nas filmagens de cada díade e, posteriormente, as categorias serão discutidas. No quadro 2 pode-se observar as características dos bebês participantes do estudo.

Quadro 2: Caracterização dos bebês participantes do estudo

	Sexo	IG	Apgar	Dias de vida na filmagem	Peso ao nasc.
B 1	F	34	8,9,9	5	1470g
B 2	M	30	8,10,10	6	1410g
B 3	M	28	9,9,9	4	1130g
B 4	F	32	7,8,8	3	1380g

B= bebê, IG = Idade Gestacional, F= feminino, M= masculino

4.1 DÍADE 1 (M1+B1) Tempo de filmagem 21min.52 seg.

M1 foi filmada em horário de visita, B1, 5 dias de vida, sendo colocada em posição canguru com auxílio da técnica de enfermagem. Apesar de estar desnuda, o que poderia justificar um possível comportamento de retraimento, M1 parece estar à vontade e desejosa do contato demonstrado por meio de um beijo na cabeça da filha durante a colocação na posição. M1 acaricia a filha, que responde adotando uma posição de conforto no colo da mãe. B1 mantém-se de olhos fechados na maior parte do tempo, face de conforto, abrindo os olhos somente frente ao contato de sua mãe, como resposta ao som da sua voz ou ao seu toque. M1 sorri várias vezes ao olhar a filha no seu colo. M1 conversa com a pesquisadora, porém não perde o contato com a filha, se mantém acariciando-a e buscando a melhor posição para o bebê. B1 busca o seio da mãe e se desorganiza no colo; M1 pacientemente a reposiciona. M1 conversa com a filha que estabelece contato ocular mostrando interesse e apresentando comportamento intersubjetivo de curiosidade. Durante a intervenção da enfermeira para reposicionamento do eletrodo de monitorização, B1 franze a testa e chora, demonstrando irritação frente à quebra do contato; ao término do procedimento M1 reposiciona a filha, que se mostra confortável novamente, abrindo os olhos somente ao estímulo da voz da mãe. B1 altera períodos de atenção (olhos abertos) e relaxamento durante o tempo em que B1 encontra-se de olhos abertos, demonstra interesse em sua mãe, caracterizando curiosidade.

Nesta filmagem, podemos observar várias categorias emocionais: curiosidade do bebê em relação à mãe, irritação do bebê (quando o vínculo é rompido, por exemplo, a enfermeira reorganiza o sensor de oximetria), simpatia da mãe em relação ao bebê e do bebê em relação à mãe, além de interações contínuas da mãe em relação ao bebê, com respostas sincrônicas do bebê ao contato materno. Estes aspectos estão de acordo com Fiamenghi (1999), que explica a presença de sincronia, timing e empatia de sentimentos. Na análise dessa filmagem o bebê parece ter consciência do papel do outro e diferencia o contato, se comportando de uma forma ao contato materno, e apresentando outras categorias como a irritação, frente ao contato com o profissional da

saúde, corroborando com os trabalhos de Fiamenghi (1999) e Trevarthen (2004). Nos textos desses dois autores observou-se em bebês de 6 meses entusiasmo com a possibilidade de compartilhar experiências, mas nota-se que no bebê prematuro a comunicação também ganha uma tonalidade emocional, sugerindo que alguns motivos estão guiando a comunicação para a intersubjetividade. Estes motivos são as bases para o posterior desenvolvimento da amizade e companheirismo entre crianças da mesma idade (TREVARTHEN, 2001).

O único momento em que se observa comportamento de irritação nesta díade é a resposta do bebê à quebra momentânea do vínculo. Nesse processo interativo, o bebê não é apenas submisso às influências do ambiente, mas é também um parceiro ativo que gera importantes modificações no seu meio, cabendo muitas vezes, primordialmente a mãe interpretar as necessidades físicas e psíquicas da criança, e contribuir no sentido de atendê-la favorecendo a regulação das emoções e necessidades da criança. Portanto a interação se dá em um interjogo entre parceiros, no qual um influencia o outro em um processo contínuo de desenvolvimento, a partir de mecanismos de regulação recíproca (VEDOVATO, 2007).

3.5 DÍADE 2 (M2+B2) Tempo de filmagem: 22 min. 48 seg

M2 está em horário de visita, B2 sendo colocado em posição canguru com auxílio da fisioterapeuta. M2 sorri durante toda preparação e posicionamento do seu bebê e conversa com ele. M2 mantém-se sorrindo mostrando-se desejosa do contato e mantém os olhos fixos em B2 e a mão na cabeça do filho em uma atitude proteção. B2 mantém os olhos fechados, demonstrando face de conforto; em alguns momentos ergue as sobrancelhas, mas não chega a abrir os olhos, relaxado e aconchegado no colo da mãe. B2 mantendo na mesma posição e olhos fechados no colo da mãe, esboça sorrisos. M2 sorri também. M2 inicia uma conversa com a pesquisadora e B2 sorri como resposta ao som da voz de sua mãe. Intensificam-se os sons externos (ambiente, barulho alarme de monitores) e M2 acaricia B2 que parece

não se importar com a influência externa, permanecendo sonolento durante a maior parte do tempo. B2 franze a testa em um comportamento de aborrecimento; M2 conversa com o filho que imediatamente se mostra relaxado e confortável novamente. A filmagem foi finalizada com B2 aconchegado confortavelmente no colo da mãe e M2 acariciando e mantendo os olhos fixos em seu filho durante a maior parte do tempo.

Nesta filmagem, a priori, pode-se julgar que B2 demonstra menos comportamentos de interação, demonstrando um possível desinteresse. Contudo B2 é mais imaturo (31 semanas de IG) e ele está recebendo calor, contato e carinho. Dessa forma, entende-se B2 não se nega à interação, mas se encontra num estado de contentamento relaxado com o contato materno, e por isso demonstra aparentemente menor interação. Além disso, observa-se simpatia varias vezes (sorriso) por parte do bebê, contrariando um possível comportamento negativo. Observando as seguintes categorias negociadoras, convite (mãe conversa com o filho o tempo todo) e imitação (B2 sorri e a mãe o imita sorrindo), nota-se que as mensagens intersubjetivas que mãe e criança compartilham estão em sintonia (FIAMENGHI et al, 2010).

3.6 DÍADE 3 (M3+B3) Tempo de filmagem: 25min.18seg

M3 está em horário de visita, B3 sendo colocado em posição canguru com auxílio da fisioterapeuta. M3 olha o filho e sorri o tempo todo, desde o momento em que o bebê é retirado da incubadora até a finalização da colocação em posição canguru, mostrando se orgulhosa e desejosa do contato. Diferentemente dos outros bebês da amostra, B3 necessita de um suporte de oxigênio à distância, mesmo no colo da mãe. M3 não se mostra ressentida, ou incomodada com o dispositivo; M3 está feliz, atenta às orientações prestadas pela fisioterapeuta e sorri varias vezes. M3 acaricia o filho, olha fixamente para ele e sorri. B3 mantém-se de olhos fechados na maior parte do tempo, face de conforto, M3 sorri várias vezes ao olhar o filho no seu colo. M3 conversa com a pesquisadora, porém não perde o contato com o filho, segurando-o firme junto ao seu corpo. B3 abre os olhos em alguns momentos buscando sua mãe, que

sorri ao convite do filho. B3 olha o ambiente e fecha novamente os olhos aconchegando-se no colo da mãe. A pesquisadora reposiciona o oxigênio, M3 e B3 parecem não se incomodar com a interferência externa, M3 permanece com os olhos fixos no filho que se encontra aconchegado e em vigília no colo da mãe. Pesquisadora pergunta a M3 se ela está feliz de ter o filho no colo, ela responde sorrindo positivamente. A filmagem é finalizada com M3 permanecendo com os olhos fixos em B3 e sorrindo por varias vezes, B3 buscando mãe com o olhar e em seguida observando o ambiente, aconchegado durante todo o tempo. Na observação desta díade, podemos observar categorias negociadoras de interação e convite; e como categoria emocional observa-se a simpatia da mãe em relação ao bebê e do bebê em relação à mãe, além de interações contínuas da mãe em relação ao bebê, com respostas sincrônicas do bebê ao contato materno.

4.4 DÍADE 4 (M4+B4) Tempo de filmagem: 24min.56seg

M4 está em horário de visita, B4 3 dias de vida, sendo colocado em posição canguru com auxílio da fisioterapeuta, M4 olha o filho e sorri o tempo todo, desde o momento em que o bebê é retirado da incubadora até a finalização da colocação em posição canguru, mostrando se orgulhosa e desejosa do contato. B4 chora durante o procedimento, mas para imediatamente frente ao contato pele a pele com sua mãe. A pesquisadora conversa com a mãe que se mostra feliz e sorri muito, B4 abre os olhos em resposta ao som da sua mãe. M4 acaricia a filha e a segura firmemente contra o corpo, B4 abre os olhos, busca contato com sua mãe e esboça um sorriso, depois fecha os olhos e se aconchega. B4 olha o ambiente varias vezes, M4 sorri ao olhar a filha no seu colo. Durante esta interação, chega o pai; muitas vezes mãe e pai se olham, olham para B4 e M4 sorri. O pai se abaixa ao nível da díade e inicia uma conversação com B4 que abre os olhos frente ao contato da voz do pai. M4 sorri e também conversa com sua filha. Pai e mãe conversam entre si, M4 acaricia a filha que abre os olhos em alguns momentos frente à voz dos pais, mas mantém se aconchegada e de olhos fechados durante a maior parte do tempo. M4 conversa com a filha, sorri e olha para o

marido, B4 permanece aconchegada e em vigília no colo da mãe. A filmagem é finalizada com M4 acariciando a filha e permanecendo com os olhos fixos nela e B3 em vigília. Na observação desta díade, podemos observar categorias negociadoras de convite e como categoria emocional observa-se a simpatia.

Um elemento diferenciador nesta filmagem foi a presença do pai. Tanto nesse momento, como nos outros, é importante observar que o pai tem um papel importante nessa relação, tanto de apoio para a mãe, como de segurança para o filho, sendo que esse fator pode vir a facilitar as interações estabelecidas entre mãe-criança (KLAUS, KENNELL, KLAUS, 2000).

Na interação de todas as díades nota-se que comportamentos convite e interação, apesar de em algumas situações as interações não serem consistentes. Fiamenghi (1999), explica que os bebês parecem compelidos a repetir convites para o seu parceiro, procurando engajá-los nas interações, eles chamam a atenção do outro, mas falham em manter a interação fluindo. Neste aspecto muitos pesquisadores (TREVARTHEN, 2001, SCHERMANN, 2001; FOGEL, 1988) demonstram que as mães são bastante eficientes em sustentar uma interação. De uma forma geral os bebês são incentivados em manter a sua atenção no adulto, mediante esforços deste, sendo os adultos mais competentes em transformar convites em interações afetivas.

Klaus e Klaus (1981), referem que bebês prematuros de alto risco e baixo peso são mais susceptíveis a apneia e bradicardia, sinais que podem ser exacerbados em situação de estresse. Porém, quando submetidos à massagem e mobilização apresentam melhor desenvolvimento atestado por diminuição das crises de apnéia e bradicardia, maior ganho de peso, melhor consumo de oxigênio e maior vínculo com os pais.

Um aspecto importante observado nas 4 díades foi a baixa frequência de emoções negativas e nenhum comportamento agressivo por parte das mães. A explicação para este fato pode ser justificada pela metodologia utilizada; em todas as situações era o primeiro contato pele a pele das mães com os seus bebês, por serem prematuros, ambos, mãe e bebê, foram privados deste contato devido às necessidades inerentes ao quadro da prematuridade. As

díades estavam desejosas por este momento que simbolizava também um marco no prognóstico de melhora desses bebês, pois todos precisavam apresentar estabilidade clínica para realizarem o canguru. Do ponto de vista do bebê, o nascimento prematuro o privou do útero da sua mãe, as interações proporcionaram um retorno à condição que deveriam estar, dessa maneira no colo da mãe, se encontraram novamente supridos de tudo o que lhes é necessário, não havendo razão para comportamentos negativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O objetivo desta pesquisa foi descrever como os bebês prematuros se comportam intersubjetivamente na relação com suas mães nas primeiras semanas de vida. Assim a partir das descrições das interações das díades ficou demonstrado que os bebês prematuros apresentam comportamentos intersubjetivos frente ao contato com sua mãe.

Parece que os bebês preferem um enfoque amistoso, quando interagem com suas mães expressando emoções positivas por sorrisos, expressões de aconchego, sincronia, timing e empatia de sentimentos, atendendo às categorias de interação, convite e imitação (negociadoras) e curiosidade e simpatia (emocionais).

Uma limitação deste trabalho, caracterizados por quatro estudos de caso, foi o pequeno número de sujeitos. Os comportamentos indicativos de reconhecimento intersubjetivo ocorreram, porém, os resultados poderiam ser confirmados num grupo mais extenso de participantes.

Os resultados desta pesquisa podem reforçar a necessidade da abordagem de humanização com os prematuros bem como a inserção da família e o treinamento e conscientização de toda a equipe multidisciplinar.

Como tema para novos trabalhos sugere-se o acompanhando dos bebês prematuros no seu desenvolvimento, após a alta hospitalar e no seguimento ambulatorial em comparação com bebês nascidos a termo.

REFERÊNCIAS

AITKEN, K.J. Intersubjectivity, affective neuroscience, and the neurobiology of autistic spectrum disorders: A systematic review. **Keio Journal of Medicine**, v. 57, n. 1, p. 15-36, 2008.

ALMEIDA CM, ALMEIDA AFN E FORTI EMP. Efeitos do método mãe canguru nos sinais vitais de Recém-nascidos pré-termo de baixo peso. **Ver. bras. Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 1-5, jan./fev. 2007.

ALS, H. et al. Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant. **Journal of the American Medical Association**, [S.l.], v. 78, n. 6, p. 1123-1132, 1994

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). 2010. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>>. Acesso em: 15 de junho de 2012.

BECK, S.; WOJDYLA, D; SAY, L.; BETRAN, A.P.; MERIALDI, M.; REQUEJO, J.H.; RUBENS, C.; MENONF, R. & VAN LOOK, P.F.A. Worldwide incidence of preterm birth. **Bull World Health Organization**. 88:31-38, 2010.

BERGAMASCO, N. H. P. Expressão facial como acesso à consciência do recém-nascido. **Psicologia USP**, 8(2), p.275-286, 1997.

BIGRAS, M. PAQUETE, D. Estudo pessoa -processo- contexto da qualidade das interações entre mãe adolescente e seu bebê. **Ciência e Saúde Coletiva** 12(5):1167-1174, 2007.

BOWLBY. J. **Formação e rompimento de laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BRASIL(b). **Atenção à saúde do recém-nascido: Guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, v.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas), 2011.

BRASIL, **Cadernos de informações de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível online:

<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm#cadernos>.

Acesso em 14 de fevereiro de 2012.

BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Mãe Canguru: Manual do Curso** / Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança 2ª ed – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRAZELTON TB. **Neonatal behavioral assessment scale**. 2 ed, Philadelphia: 1984.

BRAZELTON TB. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988

BRAZELTON; T.B. **Momentos decisivos do desenvolvimento infantil**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

BRITO, A.S.J., TIEMI, M. GONZALES, M.R.C., CARVALHO, A.B.R., FERRARI, L.S.L. Escore CRIB, peso ao nascer e idade gestacional na avaliação do risco de mortalidade neonatal. **Revista Saúde Pública**, 37, p. 597-602. 2003

BUSNEL, M.C **Linguagem dos bebês, a: sabemos escutá-los?**. São Paulo: Escuta, 1997.

BUSSAB, V.S.R.; PEDROSA M.I.; CARVALHO, M.A. Encontros com o outro: empatia e intersubjetividade no primeiro ano de vida. **Psicologia USP** 18(2), p. 99-133, 2007.

CHARAVEL, M. Evolution de l'attitude des mères d'enfant prématuré et des mères d'enfant à terme en interaction avec leur bébé : une étude éthologique de la naissance à 6 mois. **Psychiatrie de l'enfant**, v. 43, n.1, p. 175-206, 2000.

CRUVINEL, F.G.; PAULETTI, C.M. Formas de Atendimento Humanizado ao Recém-nascido Pré Termo ou de Baixo Peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma Revisão. **Cadernos de Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.9, n.1, p.102-125, 2009.

FELDMAN, R; EILDELMAN, A.I; SIRORA, L. WELLERA. Comparizon of skin to skin (Kangaroo) and Tradicional care: Parenting outcomes and Preterm Infant Development. **Pediatrics.**; v. 110; p.16-26, 2002.

FERREIRA, N.A.E.S.; SOUZA, C.M.R. O método mãe-canguru como instrumento de promoção do aleitamento materno exclusivo. **Periódico Científico do Núcleo de Biociências**, v.1, n. 01, 2011.

FIAMENGHI, G.A. **Conversas dos bebês**. São Paulo: Hucitec, 1999.

FIAMENGHI, G.A., VEDOVATO, A.G., MEIRELLES, M.C.; SHIMODA, M.E. Mothers' interaction with their disabled infants: two case studies, **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v.28: n.2, p.191-199, 2010.

FOGEL, A. Cyclicity and Stability in Mother-Infant Face-to-Face Interaction: A Comment on Cohn and Tronick. **Developmental Psychology** v. 24, n. 3, p.393-395, 1988.

GOMES, A.L.H; QUAYLE, J; NEDER, M; LEONE, C. R.; ZUGAIB, M. Mae-bebe pre-termo: as especificidades de um vinculo e suas implicacoes para a intervencao multiprofissional. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**. 8(4):p. 205-8, out.-dez. 1997.

HAY, D.F.; NASH, A.; PEDERSEN, J. Responses of Six-Month-Olds to the Distress of Their Peers **Child Development** v. 52, n.. 3, p. 1071-1075, 1981.

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

KLAUS, M. H., KENNEL, J. H. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KLAUS, M.H. KLAUS, P.H. **Seu surpreendente recém nascido**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

KLEIN, V.C.; LINHARES, M.B.M. Temperamento e Desenvolvimento da Criança: Revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 821-829, out./dez. 2010

- KLEIN, V.C; GASPARD, C.M.; LINHARES, M.B.M. Dor, Autorregulação e Temperamento em recém-nascidos Pré Termo de Alto Risco. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n.3, p. 504-512, 2011.
- KLEIN, V.C; LINHARES, M.B.M. Prematuridade e interação mãe-criança: revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 11, n. 2, p. 277-284, mai./ago. 2006.
- KUHMANN JR, M. Resenhas: Uma história da infância: da idade média à época contemporânea no ocidente. **Cadernos de Pesquisa**, v. 35, n. 125, maio/ago. 2005.
- LEVY J. **O despertar do bebê : Práticas de educação psicomotora**. São Paulo : Martins Fontes, 1978.
- LEQUIEN, P. Survie et qualité de survie des grands prématurés. **Enfance**, v.1, p. 93-95, 1999.
- LICKLITER, R. Atypical Perinatal Sensory Stimulation and Early Perceptual Development: Insights from Developmental Psychobiology. **Journal of Perinatology**, [S.l.], n. 20, p. S45S54, 2000.
- LINHARES, M. B. M., CARVALHO, A. E. V., BORDIN, M. B. M.; JORGE, S. M. Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês prematuros com peso de nascimento de <1500g: Na UTI Neonatal e no seguimento longitudinal. **Temas de Psicologia**, v. 8, n.3, p. 62-245, 1999.
- LINHARES, M. B. M., CARVALHO, A. E. V., MACHADO, C., & MARTINEZ, F. E. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. **Cadernos de Psicologia e Educação Paidéia**, v.13, n. 25, p. 59-72, 2003.
- LINHARES, M.B.M. Estresse, resiliência e cuidados no desenvolvimento de neonatos de alto risco. **Temas em Educação Especial**. São Carlos p.315-324, 2004.
- LINHARES, M.B.M.; BORDIM, M.B.M. JORGE, S.M. Aspectos Cognitivos e Comportamentais na Média Meninice de Crianças Nascidas Pré-Termo e com Muito Baixo Peso. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 17 n. 1, p. 049-057, 2001.

LORENZ, J. M. Survival of the extremely preterm infant in North America in the 1990s. **Clinics of Perinatology**, v.27, n.2, p. 255-262, 2000.

MAIA F.A; AZEVEDO V.M.G.O; GONTIJO F.O. Os efeitos da posição canguru em resposta a dor. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, v. 23, n.3, p.370-373, 2011.

MARONEY, D.I. Potential Effect of Stress and Trauma on Premature Infants. **Journal of Perinatology**, v.23, p.679–683, 2003.

MEÍO, M.D.B.B.; LOPES, C.S. MORSH, D.S. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.3, p. 311-318, 2003

MELLIER, D. La prématurité: l'ouverture de problématiques nouvelles. **Enfance**, v.1, p.3-11, 1999.

MONTAGU, A. **Tocar: o significado humano da pele**. São Paulo: Summus, 1998.

MOREIRA, J.O. A ruptura do continuar a ser: o trauma do nascimento prematuro. **Mental**, v.5 n.8, 2007.

NAGY, E. Brief Reports. Innate Intersubjectivity: Newborns' Sensitivity to Communication Disturbance. **Developmental Psychology**, v.. 44, n.6, p.1779-1784, 2008.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Relatório anual de 2004. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorios_snvs_ac_2ed.pdf. Acesso em 26/03/2011

PADOVANI, F. H. P., LINHARES, M. B. M., CARVALHO, A. E. V., DUARTE, G., & MARTINEZ, F. E. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante a após hospitalização em UTI-neonatal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n.4, p. 251-254, 2004.

PINTO, E. O Desenvolvimento do Comportamento do Bebê Prematuro no Primeiro Ano de Vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.22, n.1, 76-85, 2009.

PORTO, MRS. **Relação entre o toque, o vínculo familiar e o desenvolvimento neuropsicomotor de recém nascidos á termo:**

contribuição da fisioterapia. [Dissertação]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2003.

RAMOS, H.A.C.; CUMAN, R.K.N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa Documental. **Revista de Enfermagem** 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista.enf/20092/artigo%20.pdf>. Acesso em 26/06/2011.

RANIERO, E.P.; TUDELLA, E.; MATTOS, R.S.. Padrão e ritmo de aquisição das habilidades motoras de lactentes pré-termo nos quatro primeiros meses de idade corrigida. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 14, n. 5, p.396-403, 2010.

RODRIGUES, M.C.C.; MELO, R. R.; SILVA, K.S.; CARVALHO, M.L. Desenvolvimento cognitivo de prematuros à idade escolar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.6, p.1154-1164, jun, 2011.

SCHERMANN L. Considerações sobre a interação mãe-criança e o nascimento pré-termo. **Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia de Brasília**, v. 9, n1, p.55-61, 2001.

SHUMWAY-COOK, A; WOOLACOTT, M.H. **Controle Motor: teoria e aplicações práticas.** Manole. 2 ed. 2003.

SIQUEIRA, M.B.C.; DIAS, M.A.B. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiologia, Serviços e Saúde**, Brasília, v. 20, n.1, p. 27-36, 2011

SPITZ, R.A. **O primeiro ano de vida.** São Paulo: Martins Fontes, 2004.

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

THOMAZ, A.C.P.; LIMA, M.R.T.; TAVARES, C.H.F.; OLIVEIRA, C.G. Relações afetivas: mães e recém-nascidos a termo e pré termo: variáveis sociais e perinatais. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n.1, p.139-146, 2005.

TREVARTHEN, C. Learning about Ourselves, from Children: Why A Growing Human Brain Needs Interesting Companions? **Perception in action publications**, p.1-36. Scotland: University of Edinburgh, 2004.

TREVARTHEN, K. AITKEN, K.J. Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v.42, n.1, p.3-48, 2001.

VEDOVATO, A. G. **Interações entre mães e suas crianças deficientes: uma proposta de análise segundo a teoria da Intersubjetividade Inata.**

Dissertação de Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2007

VIEIRA, M.E.B.; LINHARES, M.B.M. Desenvolvimento e qualidade de vida em crianças nascidas pré-termo em idades pré-escolar e escolar. **Jornal de Pediatria**, v. 87, n.4, 2011

WANDERLIND, F; MARTINS, G.D.F; HANSEN, J; MACARINI, S.M.; VIEIRA, M.L. Diferenças de gênero no brincar de crianças pré-escolares e escolares na brinquedoteca. **Paidéia**, v.16, n.34, p.263-273, 2006

WENDLAND, E. A Abordagem Clínica das Interações Pais-Bebê: Perspectivas Teóricas e Metodológicas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.14, n.1, p. 45-56, 2001.

WIESE, E. B. P. O Desenvolvimento do Comportamento do Bebê Prematuro no Primeiro Ano de Vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.22, n.1, p.76-85, 2009.

WINNICOT, D.W. **Os bebês e suas mães**. 2ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ANEXO I
CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE DE PESQUISA

Gostaríamos de convidá-la para participar de uma pesquisa cujo objetivo é observar as interações emocionais entre mãe e bebê recém-nascido prematuro, como parte da Dissertação de Mestrado de Ligia Maria da Costa Canellas Tropiano, sob orientação do Prof. Dr. Geraldo A. Fiamenghi Jr. A pesquisa será realizada por meio de filmagens, uma vez por semana, com duração de 4 semanas, da mãe e do bebê, durante sua permanência na UTI.

Em qualquer etapa do estudo os participantes terão acesso ao Pesquisador Responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas (no endereço abaixo), e terão o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. As informações coletadas serão analisadas em conjunto com a de outros participantes e será garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade das informações, sendo resguardado o nome dos participantes (apenas o Pesquisador Responsável terá acesso a essa informação), bem como a identificação do local da coleta de dados. A pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes.

Caso haja alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, o participante poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie - Rua da Consolação, 896 - Ed. João Calvino - Mezanino.

Assim, considerando-se o exposto, solicitamos seu consentimento para participar da pesquisa.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Declaro que li e entendi os objetivos deste estudo, e que as dúvidas que tive foram esclarecidas pelo Pesquisador Responsável. Estou ciente que a participação é voluntária, e que, a qualquer momento tenho o direito de obter outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de retirar a permissão para participar da mesma, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

Nome do Participante da Pesquisa: _____

Assinatura do Participante da Pesquisa: _____

Declaro que expliquei ao Responsável pelo Sujeito de Pesquisa os procedimentos a serem realizados neste estudo, seus eventuais riscos/desconfortos, possibilidade de retirar-se da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo, assim como esclareci as dúvidas apresentadas.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Ligia Maria da Costa Canellas Tropiano

Prof. Dr. Geraldo A. Fiamenghi Jr
Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento
U. Presbiteriana Mackenzie
Tel: (11) 2114 8707

ANEXO II CARTA DE INFORMAÇÃO A INSTITUIÇÃO

Gostaríamos de convidar a instituição para participar de uma pesquisa cujo objetivo é observar as interações emocionais entre mãe e bebê recém-nascido prematuro, como parte da Dissertação de Mestrado de Ligia Maria da Costa Canellas Tropiano, sob orientação do Prof. Dr Geraldo A. Fiamenghi Jr. A pesquisa será realizada por meio de filmagens, uma vez por semana, com duração de 4 semanas, da mãe e do bebê, durante sua permanência na UTI.

Em qualquer etapa do estudo a instituição terá acesso ao Pesquisador Responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas (no endereço abaixo), e terão o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. As informações coletadas serão analisadas em conjunto com a de outros participantes e será garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade informações, sendo resguardado o nome dos participantes (apenas o Pesquisador Responsável terá acesso a essa informação), bem como a identificação do local da coleta de dados. A pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes.

Caso haja alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, a instituição poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie - Rua da Consolação, 896 - Ed. João Calvino - Mezanino.

Assim, considerando-se o exposto, solicitamos o consentimento desta Instituição para a realização da pesquisa.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Declaro que li e entendi os objetivos deste estudo, e que as dúvidas que tive foram esclarecidas pelo Pesquisador Responsável. Estou ciente que a participação da Instituição e dos Sujeitos de Pesquisa é voluntária, e que, a qualquer momento ambos tem o direito de obter outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de retirar-se da mesma, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

Nome do Representante Legal da Instituição: _____

Assinatura do Representante Legal da Instituição: _____

Declaro que expliquei ao Responsável pelo Sujeito de Pesquisa os procedimentos a serem realizados neste estudo, seus eventuais riscos/desconfortos, possibilidade de retirar-se da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo, assim como esclareci as dúvidas apresentadas.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Ligia Maria da Costa Canellas Tropiano

Prof. Dr Geraldo A. Fiamenghi Jr
Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento
U. Presbiteriana Mackenzie
Tel: (11) 2114 8707

ANEXO III

FICHA DE COLETA DE DADOS GERAIS

IDENTIFICAÇÃO:

RNDE _____

IG AO NASC: _____ DATA NASCIMENTO: ____/____/____

TEMPO DE INTERNAÇÃO _____

TIPO DE PARTO: () NORMAL () CÉSAREA () FÓRCEPS () PÉLVICO

APGAR: 1º ____/5º ____/10º ____

DADOS MATERNOS:

IDADE MATERNA _____

DADOS GESTACIONAIS: PRIMIGESTA () SIM

ABORTOS () NÃO () SIM QUANTOS _____

PATOLOGIAS MATERNAS: _____

HABITOS E VÍCIOS _____

MEDICAÇÕES EM USO _____

INTERCORRÊNCIAS PRÉ NATAIS _____

INTERCORRÊNCIAS PERINATAIS: () REANIMAÇÃO NEONATAL ()

02INALATÓRIO () IOT+VM () MECÔNIO

OUTROS _____

INTERCORRÊNCIAS PÓS NATAIS _____

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO ABEP

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é de classes econômicas.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

Televisão em cores 0 1 2 3 4

Rádio 0 1 2 3 4

Banheiro 0 4 5 6 7

Automóvel 0 4 7 9 9

Empregada mensalista 0 3 4 4 4

Máquina de lavar 0 2 2 2 2

Videocassete e/ou DVD 0 2 2 2 2

Geladeira 0 4 4 4 4

Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) 0 2 2 2 2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto/ Primário incompleto Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto 0

Primário completo/ Ginásial incompleto Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto 1

Ginásial completo/ Colegial incompleto Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto 2

Colegial completo/ Superior incompleto Médio Completo/ Superior Incompleto 4

Superior completo Superior Completo 8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

A1 42 - 46

A2 35 - 41

B1 29 - 34

B2 23 - 28

C1 18 - 22

C2 14 - 17

D 8 - 13

E 0 - 7