

## O processo interativo mãe-bebê pré-termo

Silvana Alba Scortegagna – Universidade de Passo Fundo (RS)<sup>1</sup>  
Christiane Albuquerque de Miranda – Universidade de Passo Fundo (RS)  
Denise Streit Morsch – Consultora do Ministério da Saúde  
Rejane Agnes de Carvalho – Universidade de Passo Fundo (RS)  
Janaina Biasi – Universidade de Passo Fundo  
Fernanda Cherubini – Universidade de Passo Fundo

---

### Resumo

Este estudo avalia a interação mãe-bebê pré-termo e os sinais de desenvolvimento do vínculo afetivo, no ambiente hospitalar. A amostra foi composta por nove bebês, de ambos os sexos, nascidos entre 28 e 36 semanas de idade gestacional, sem síndromes ou malformações, e suas respectivas mães. Os instrumentos utilizados foram o prontuário médico e os protocolos da história clínica do bebê e das observações dos encontros das díades. Os dados foram analisados quanto ao percentual de ocorrências e quanto à análise qualitativa dessas atividades. Os resultados revelam que as trocas nas interações da díade mãe/bebê foram adequadas em 55,5% nas categorias corporal e vocal, e em 44,4% nas categorias visual e facial. Esses resultados sugerem que é nas trocas do bebê com o cuidador, em sua postura corporal, na modulação da linguagem, no contato visual e em suas expressões faciais que reverberam condutas e respostas nele e em seus pais.

*Palavras-chave:* interação mãe-bebê, bebê pré-termo, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

### The interactive process in the preterm baby and his mother

### Abstract

The aim of this study was to assess the mother-pre term baby interactions and the signals of the affective bond development in the hospital environment. The sample comprehends nine babies, of both sexes, born between twenty-eight and thirty-six weeks of gestational age, free of complications such as syndromes or malformations and their respective mothers. The instruments used were the medical records and the protocols of the baby's clinical history and of the mother-baby's observations. The data was analyzed in terms of percentage of occurrences and regarding the quantitative analysis of these activities. The results indicated that the exchanges in the interactions between mother and baby were adequate in 55,5% of the corporal and vocal categories and 44,4% of the visual and facial categories. These results suggest that in the exchanges between the baby and the carer, in his/her posture, in the language modes, in the visual contact and in the facial expressions that the behavior and responses in the baby and his/her parents are reflected.

*Keywords:* mother-baby interaction, preterm baby, Neonatal Intensive Care Unit.

---

Estudos têm demonstrado a existência de habilidades e competências inatas do recém-nascido que permitem acompanhar e avaliar sua inserção no meio familiar. Essas competências são delineadas no período gestacional pela capacidade sensorial dos bebês, representadas pelos sentidos da visão, audição, tato, paladar e olfato. O neonato nasce com os instintos de sugar, mamar, agarrar-se, acompanhar com os olhos e chorar, por meio dos quais busca atenção e uma resposta materna (Bowlby, 1984). Essa sensorialidade avançada é complementada pelas condutas espe-

cíficas e individuais adotadas pelos recém-nascidos, organizadas em diferentes estados de consciência e que dependem, entre outros fatores, do grau de vigília ou de sono em que se encontra o bebê (Busnel, 1993; Klaus, Kennel & Klaus, 2000).

As competências de adaptação ao meio do bebê pré-termo são descritas na teoria do desenvolvimento sinativo de Heidelise Als (citado por Fabre-Grenet, 1997). Segundo a autora, no bebê intra-útero têm origem os diferentes subsistemas de seu funcionamento, os quais permitem sua gradativa organização para

---

Endereço para correspondência:

<sup>1</sup> Universidade de Passo Fundo, Curso de Psicologia/IFCH, Campus I, BR 285, Bairro São José – Fax (54)316-8330 – Caixa Postal 611. CEP: 99001-970 – Tel. (054) 311.3522 – silvanalba@upf.br.

participação em seu processo vital. O subsistema autônomo, responsável pelo controle da respiração, perfusão, soluções, regurgitação e movimentos peristálticos, encontra-se presente desde a sexta semana gestacional. Na seqüência emerge o subsistema motor, que controla a postura, o tônus do bebê e seus movimentos, e o subsistema de organização de estados, que abarca a organização dos estados de consciência, vigília, sono, as transições que ocorrem entre um e outro e o tempo de permanência do bebê em qualquer um deles.

O sub-sistema de atenção e interação social é o próximo a desenvolver-se, sendo responsável pela permanência:

da criança em estado de alerta, capaz de aprender e solicitar, receber informações cognitivas, sociais e emocionais e, em contrapartida, provocar e modificar estes contatos do mundo ao seu redor. Ele emerge por volta da vigésima-quinta/vigésima-oitava semana, estando plenamente eficaz após a trigésima-segunda e mesmo após a trigésima-sexta semana” (Fabre-Grenet, 1997, p.114).

Um subsistema regulador emerge, e podem ser observadas as estratégias dos bebês quanto ao equilíbrio dos diferentes subsistemas, o que facilita sua autorregulação e uma adequação em suas respostas aos estímulos. A harmonia entre os subsistemas possibilita a ocorrência de padrões interativos prazerosos entre o bebê e seus parceiros.

A ênfase nos estudos que demonstram as habilidades dos bebês como parceiros potenciais ativos nos relacionamentos familiares tem emergido desde a publicação da Escala de Avaliação do Comportamento Neonatal (Brazelton, 1973; Brazelton, Cramer, Kreisler, Schappi, Soulé, 1987). Trabalhos recentes mostram que o prematuro é hipersensível às informações sensoriais, é capaz de registrar e analisar essas informações e incapaz de amortecer um estímulo não adaptado muito sofisticado ou intenso para seu grau de maturação (Fabre-Grenet, 1997). Nesse contexto, o bebê deixa de ser apenas um participante submisso às influências do ambiente (Spitz, 2004); “uma massa sem formas, prestes a ser modelada pelo ambiente” (Brazelton, Cramer, Kreiler, Schappi & Soulé, 1987, p. 9) para tornar-se um ser complexo que interage com os adultos que o cercam e ocupar um espaço de parceiro capaz de gerar importantes modificações em seu meio. O reconhecimento desse funcionamento participativo

e de sua influência nos comportamentos dos pais originou a *Teoria da interação*, que integra a psicanálise, a pediatria e a psiquiatria. Alguns de seus principais representantes são Serge Lebovici (1983), Cramer (1974) e Brazelton (1979).

Estudos sobre a interação revelam que existe uma ligação imediata entre a mãe e o bebê, sendo este último um parceiro ativo, e que se observa entre a díade um estilo particular de interação que obedece a regras como a evidência de uma metacomunicação (Brazelton & cols., 1987; Brazelton, 1988; Brazelton & Cramer, 1992). Portanto, o processo interativo revela uma forma de ressonância do comportamento manifesto ao movimento fantasioso inconsciente. Além disso, esses estudos mostraram que o recém-nascido parece estar preparado a agarrar-se a um objeto humano.

Bowlby (1984), na década de 1950, apresentou a teoria da formação de vínculos afetivos, conhecida como *Teoria do apego*, sendo a sobrevivência individual e da espécie o elemento básico universal da formação do apego. O apego é construído a partir do processo de ligação entre o bebê e a mãe; o recém-nascido reage à atenção do cuidador com interesse especial, permitindo que se desenvolva o apego com aquele que lhe responde com aprovação, gratificação, proteção e estimulação adequada. Brazelton (1999), Stern (1997), Fabre-Grenet (1997) referem que uma estimulação imprópria no tempo, intensidade ou qualidade leva a criança a se defender contra ela. De outra maneira, a estimulação adequada conduz a uma reação positiva, e o bebê passa a buscá-la ativamente e a interagir com ela o que traz conseqüências importantes para o seu desenvolvimento emocional e para sua socialização.

Embora as contribuições da mãe e da criança no processo interativo dificilmente possam ser dissociadas, é importante que se contextualize a contribuição de cada participante e da própria díade como parte de outros contextos sociais. O comportamento materno, em geral, constitui-se no primeiro contexto para o desenvolvimento do bebê, sendo, pois, de fundamental importância para o mesmo (Piccinini e cols., 2001).

O processo de vinculação da mãe com seu bebê começa na gravidez, antes do movimento fetal. O retrato mental do bebê na mente da mãe, já antes do seu nascimento inclui a cor dos cabelos, o sexo, o formato do rosto, a cor dos olhos. Entretanto, o bebê jamais será como aquele retratado mentalmente, sen-

do que a mãe deverá ajustar o retrato imaginário, para que este se emparelhe ao bebê real (Soulé, 1987). Essa tarefa deverá ser realizada por todos pais durante os primeiros dias do nascimento, no período pós-parto (Klaus & Kennel 1993).

Esse ajuste é mais difícil para os pais de um recém-nascido pré-termo, que muitas vezes apresenta-se pálido e magro, aparentando extrema fragilidade (Klaus & Kennel, 1993). A maioria das mães que visitam seu recém-nascido não está preparada física e emocionalmente para o nascimento precoce, o que lhe causa um profundo estranhamento, pois suas representações mentais (Stern, 1997), também formadas do bebê em seu útero, encontram-se muito próximas ao bebê imaginário descrito por Soulé (1987).

Para Botero (2004), quando o pai está presente e oferece uma relação harmoniosa, a mãe é capaz de resgatar o seu bebê real de todos os bebês fantasmas ou imaginários e poderá, então, fazer uma aliança com a vida e a relação. “É o pai que nutre sua mulher, a mãe do filho de ambos, de leite amoroso e de cuidado, leite e nutrição que poderão assegurar o desenvolvimento do bebê.” (Botero, 2004, p. 59). A ausência do pai parece ter repercussões negativas tanto para a mãe como para o bebê e é citada como um dos fatores de risco sociodemográficos para a ocorrência do parto prematuro, como um fator interveniente no desenvolvimento emocional, cognitivo e social do bebê e no processo interativo da díade (Levy-Shiff, 1982; Mamelle, 1990; Wendland, 2001). Dessa maneira, sem o apoio do pai a função materna provavelmente ficará comprometida (Stern, 1997), o que pode resultar no empobrecimento das manifestações promotoras do vínculo mãe-bebê.

A observação das manifestações corporais, gestuais, vocais e fantasmáticas (Lebovici & Lamour, 1991) é fundamental na avaliação do processo interativo entre o bebê e o cuidador, além de, como já dito, ser importante considerar o apoio do pai bem como a participação do ambiente intensivo e as respostas do bebê aos estímulos recebidos nesse contexto.

Um sistema importante que serve para ligar a mãe e o bebê, é o interesse desta em tocá-lo. Rodholm e Larsson (1979) observaram que as mães de bebês pré-termos que recebiam permissão para o contato precoce iniciavam o toque semelhante ao das mães de bebês nascidos a termo, ou seja, iniciavam o toque com a ponta dos dedos nas extremidades do corpo do bebê e prosseguiam para a massagem, carícia e con-

tato envolvente da palma da mãe com o tronco do bebê, mas em uma proporção mais lenta.

O contato olho no olho é um dos desencadeantes inatos de respostas maternas de cuidado, além de ter a finalidade de dar uma identidade real ou personificada ao bebê e, à mãe, uma resposta gratificante. O olhar da mãe é o primeiro espelho da criança. Contudo, muitos bebês têm uma experiência exaustiva de não receber de volta o que estão dando. Nessa situação muitos bebês passam a substituir o olhar por outros meios, a fim de obter algo de si mesmo de volta, como ocorre em crianças cegas que buscam ver-se refletidas por outros sentidos e formas de comunicação (Winnicott, 1975).

Por sua vez as mães, sem essa confirmação mútua, sentem-se perdidas e estranhas ao bebê. Muitas vezes passam a maltratá-los, sentindo-os como se não fossem seus filhos (Klaus & Kennel, 1993; Brazelton & cols., 1987). Por outro lado, quando a mãe está olhando para o bebê, “aquilo com o que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali” (Winnicott, 1975, p.154). Entretanto, no caso de bebês pré-termos, é preciso estar atento à sua idade gestacional, o que implica sua capacidade de dirigir seu olhar a quem o solicita. É nesse momento, então, que o saber da equipe pode facilitar a interação por meio da informação e explicitação das capacidades evolutivas desse pequeno bebê.

A microanálise de filmes sonoros tem revelado que a comunicação humana não se constitui somente por sons, mas também por movimentos. Quando o neonato se move em sintonia à estrutura articulada do discurso do adulto, temos uma espécie de dança (Klaus & Kennel, 1993). Essas observações sugerem que o infante é um participante ativo da organização interacional por meio da fala e, especialmente, da prosódia materna.

Geralmente, as mães de prematuros iniciam o contato com o bebê na incubadora, tocando suas extremidades com a ponta dos dedos, diferentemente de quando elas têm um bebê a termo e o tocam mais com a palma das mãos. Da mesma forma, quando o bebê nasce no tempo normal as mães, com mais frequência, alinham sua cabeça com a de seus bebês, na posição face a face (Klaus, Kennel & Klaus, 2000). Esses autores salientam que a necessidade de cuidados intensivos pode retardar o contato inicial entre pais e filhos, mas lembram que os seres humanos são adaptáveis a diferentes situações e muitos caminhos para as ligações afetivas são possíveis. Se a saúde da mãe e a do bebê não possibilitam esse contato precoce, a

intermediação da equipe e da família ampliada, por meio de visitas ao leito da mãe e de informações objetivas e escuta às suas preocupações, gera apoio e tranquilização, interferindo no estabelecimento dessas relações precoces (BRASIL, 2002).

A promoção do vínculo mãe-bebê é fundamental e a presença da mãe, envolve uma ação terapêutica e psicoprofilática (Morsch, 1997, 2004; Carvalho, 2000). Estudos revelam que o tempo e a qualidade da aproximação dos genitores com seus bebês pré-termo deve ser avaliada, uma vez que o futuro de um recém-nascido com dificuldades de sobrevivência também depende das condições de seu acolhimento pela família (Klaus & Kennel, 1993; Busnel, 1993). Um meio familiar amplamente desfavorecido pode tanto contribuir para o desenvolvimento de uma deficiência severa na criança, como contribuir para sua involução. Do resultado da inadequação entre o bebê pré-termo e seu entorno podem surgir falhas no processo interativo mãe-bebê e alterações posteriores, como distúrbios de aprendizagem, transtornos de conduta e doenças psicossomáticas (Busnel, 1993).

Tais preocupações apontam para a necessidade de que o processo interativo entre a mãe e seu bebê pré-termo seja conhecido pelas equipes de cuidados intensivos neonatais, pois é fundamental para a qualidade da sobrevivência do bebê. Assim sendo, este estudo além de avaliar as competências interativas mãe-bebê pré-termo, tem como objetivo oferecer subsídios aos profissionais das unidades neonatais sobre o que acontece entre os personagens principais na internação hospitalar, tão precoce.

### **Método**

O método utilizado nesse estudo foi a pesquisa qualitativa, que parte da “premissa epistêmica de que o conhecimento é produzido numa interação dinâmica entre o sujeito e objeto do conhecimento e que há vínculo indissociável entre o mundo objetivo e o (inter) subjetivo dos sujeitos” (Deslandes & Assis, 2003, p.199).

#### *Participantes*

A amostra foi composta por nove bebês, recém-nascidos pré-termo, em um mesmo hospital, de ambos os sexos sendo quatro meninos e cinco meninas, de nível socioeconômico baixo, que necessitaram permanecer em atendimento na Unidade de Tratamento

Intensivo Neonatal/pediátrica entre o terceiro e o décimo dia de vida e suas respectivas mães.

Os critérios de inclusão e exclusão foram bebês nascidos entre 28 e 36 semanas de idade gestacional, avaliadas pela DUM (data da última menstruação) ou pelo Ballard, no caso de a primeira medida não estar disponível. Os participantes foram classificados como AIG (tamanho e peso adequados para a idade gestacional), sendo excluídos os bebês que apresentaram malformações congênitas, síndromes genéticas ou infecção congênita detectadas no período neonatal, antes do início do estudo, pois estas por si só já representariam fatores de risco para o seu desenvolvimento. Os nove bebês foram classificados procurando-se respeitar a ordem de internação hospitalar.

#### *Instrumentos*

O prontuário médico o protocolo da história clínica do bebê e os protocolos de observações foram os instrumentos utilizados para avaliar as competências interativas mãe-bebê pré-termo e os sinais iniciais de desenvolvimento do vínculo afetivo.

#### *Prontuário médico*

Apesar dos critérios de inclusão e exclusão dos participantes ter sido em um período de desenvolvimento gestacional menos propício à ocorrência de insultos graves ao seu sistema nervoso, foi realizado, para fins de certificação, um levantamento nos prontuários de cada bebê quanto à ocorrência de fatores clínicos ao nascimento e durante a internação, como relato de asfixia no momento do parto, necessidade de reanimação ainda na sala de parto, presença de sepsis, uso de oxigênio por período prolongado, entre outros; todos considerados significativos para a formação de suas habilidades mentais. Esses dados foram transcritos no protocolo da história clínica do bebê.

#### *Protocolo da história clínica do bebê*

Baseado nos resultados da tese de mestrado de Meio (1999), os dados do protocolo da história clínica do bebê foram coletados por meio do prontuário médico e da entrevista realizada com as mães dos bebês. Foram investigados alguns dados relativos a identificação do bebê, aos fatores clínicos ao nascimento e durante a internação como data e peso de nascimento, sexo, idade gestacional, gestação única ou gemelar, Apgar no 1º e no 5º minuto, parto cesárea ou vaginal, manobras em sala de parto, percentual de

perda de peso ao nascimento, tempo de ventilação em horas de internação. Os dados demográficos como idade dos genitores, estado civil, escolaridade, profissão, números de gestações e renda familiar também foram coletados.

#### Observações

O método de observação clínica direta caracteriza-se pela obtenção de dados durante a interação, a partir da observação do comportamento dos indivíduos envolvidos. Permite maior proximidade com o objeto de estudo, bem como a obtenção detalhada dos dados. A metodologia observacional é recomendada especialmente para estudos com bebês, tendo em vista a impossibilidade da utilização da linguagem verbal como intermediária na investigação. Essa estratégia de pesquisa ocorreu por meio de observação participante e da observação em vídeo, ambas realizadas na UTI pediátrica/neonatal.

Na observação participante, a dupla de observadores permaneceu à beira da incubadora, no ambiente de cuidados intensivos, numa distância aproximada de 1m50 para realizar o registro, em um protocolo, dos comportamentos, verbalizações e condutas interativas das mães e dos bebês. Foram investigados os procedimentos anteriores realizados com o bebê nos últimos 15' e observados o local em que se encontrava o bebê; a aparelhagem utilizada; o acompanhante do bebê; a existência ou não de objetos pessoais junto ao bebê; a posição do bebê no momento; a posição das mãos, dos braços e das pernas, se estavam fletidos ou em extensão, se as mãos estavam abertas, segurando alguma coisa ou presas em função de medicação; se o bebê se encontrava no colo e se estava sendo bem sustentado, solto, se estava posicionado para interagir ou não; se o bebê demonstrava atenção ao cuidador e ao ambiente; se estava sendo alimentado e como estava ocorrendo a alimentação; se estava dormindo; se apresentava dificuldades; seu estado geral se estava calmo ou agitado.

Na observação em vídeo a dupla de observadores, numa distância aproximada de 1m50 da incubadora, registrou-se com uma filmadora, por cerca de 10 minutos, as interações da mãe, do bebê; as trocas mãe-bebê e as características gerais das interações mãe-bebê no ambiente de cuidados intensivos. Os dados coletados na filmagem foram registrados em protocolo e submetidos à análise posterior pelo grupo de pesquisadoras. Baseado em estudos propostos por

Lebovici e Lamour (1991) as categorias observadas na mãe e no bebê foram a corporal, a visual, a vocal e a facial.

No que se refere à observação da mãe, na categoria corporal, foram avaliadas sete subcategorias referentes à presença de movimentos ou não da mãe em direção ao contato com o bebê: se tocava seu bebê; onde tocava; se tocava com toda a mão ou apenas com a ponta dos dedos; se ficava distante e não conseguia tocar seu bebê; se o acariciava; se o limpava ou o trocava.

Na categoria visual foram observadas cinco subcategorias que analisaram desde a presença e a intensidade do olhar da mãe diante do seu bebê até a sua total ausência, ou seja, se a mãe solicitava o olhar do bebê; se posicionava a cabeça para olhar o bebê olho no olho; se mantinha o olhar, se permanecia olho no olho com o bebê por alguns segundos; se evitava o olhar e não conseguia permanecer olho no olho com o bebê; se mostrava indiferença ao olhar; se a ausência do olhar do bebê a deprimia, se expressava verbalmente sua insatisfação porque o bebê não a olhava, ou porque ele estava com os olhos vendados pelo uso da fototerapia.

Na categoria vocal foram analisadas seis subcategorias que variavam desde a expressão da comunicação verbal da mãe para com seu bebê até a sua ausência: se a mãe falava com o bebê; referia seu nome; comentava condutas ou aspectos do bebê com ele mesmo; se chorava ao olhar para o bebê; se só falava com o bebê quando este estava acordado; se contava fatos para o bebê; se ficava silenciosa e não falava com o bebê.

Na categoria facial foram avaliadas e qualificadas as expressões dos movimentos faciais da mãe para com o seu bebê: se sorria para o bebê ao iniciar o contato; se havia ou não alterações em sua expressão facial; se a expressão facial sugeria preocupação; tristeza; ansiedade perante a situação do bebê.

Na categoria de observação corporal do bebê foram avaliados e qualificados os movimentos corporais do bebê para com sua mãe e o ambiente de entorno. Essa categoria foi avaliada por meio de dez subcategorias envolvendo os comportamentos gestuais: o bebê aninhava-se ao contato corporal ao ser tocado; apreciava o contato corporal; se ocorriam mudanças respiratórios ao toque; se se mexia muito ou ficava muito quieto; se fazia movimentos para tocar a mãe; se cobria o rosto com o braço ou mão.

Na categoria visual foram avaliados, por meio de sete subcategorias, a ocorrência e os interesses do bebê ao contato visual desde a sua possibilidade até a sua ausência: se o bebê dormia; se abria os olhos; se procurava com o olhar; se demonstrava ou não interesse visual; se olhava e fixava o olhar para algum lugar; se olhava para o respirador; se estava com os olhos vendados.

Na categoria vocal por meio de quatro subcategorias, foram observadas a manifestação ou não de expressões verbais do bebê desde a presença ou ausência de comportamentos verbais ou sonoros do bebê: se chorava ou gemia; se acompanhava com o olhar a boca da mãe ou do pai. Na categoria facial, por meio de seis subcategorias, foram avaliadas e qualificadas as manifestações ou não de expressões faciais, gestos do bebê. Durante a proximidade dos cuidadores: se expressava prazer; se sorria; se fazia caretas ou bocejava; se durante todo contato não havia mudança na expressão facial do bebê.

Após as categorias de observação da mãe e do bebê serem analisadas, separadamente, realizou-se a quantificação e a qualificação das trocas da díade mãe-bebê. Essas trocas foram avaliadas por quatro subcategorias segundo sua intensidade, como sendo excessivas, adequadas, raras e ausentes.

Finalmente, foram avaliadas as características gerais das interações mãe-bebê, analisando-se nesse item quem da díade iniciava a interação; a ocorrência ou não de reciprocidade nas trocas, classificadas em três subcategorias que variavam desde frequentes até ausentes; a tonalidade afetiva dominante da mãe e do bebê, classificada a partir de cinco subcategorias, que variava desde a indiferença até a excitação ou outro comportamento. A ocorrência das interações foi qualificada de acordo com a sua continuidade ou descontinuidade. Um espaço destinado aos comentários dos observadores foi reservado nos protocolos no final de cada uma das categorias de observação.

### *Procedimentos*

A coleta de dados realizada em um hospital geral, de abrangência regional, no interior do estado do Rio Grande do Sul, foi iniciada após a aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa; pela concordância dos responsáveis pela instituição; pelos responsáveis pela unidade de terapia intensiva pediá-

trica/neonatal e pelo consentimento livre esclarecido assinado pelos pais dos bebês pré-termos.

O grupo, composto por quatro estudantes matriculadas a partir do terceiro ano do curso de psicologia, selecionadas e treinadas pelas pesquisadoras, reuniu-se semanalmente para a realização de um programa de seminários sobre desenvolvimento humano precoce, para a discussão dos itens dos protocolos de levantamento da história clínica do bebê e de observação (participante e filmagem). Além disso participaram eventualmente dos seminários, um médico pediatra especialista em neonatologia e uma técnica de enfermagem do hospital.

Após o nascimento das crianças, a análise do prontuário médico de cada bebê era realizada para certificação de que não havia ocorrido nenhuma alteração clínica grave que pudesse comprometer o seu desenvolvimento. Seguiu-se o contato com as mães na maternidade, onde era feito o registro dos dados demográficos, posterior a primeira visita da mãe ao bebê. A partir de então era agendado um novo encontro para a realização das observações.

A observação participativa era realizada entre o terceiro e o quinto dia de vida do bebê, à beira da incubadora, numa distância aproximada de 1m50 e por cerca de 15 minutos, na UTI pediátrica/neonatal. Foram registrados em um protocolo os comportamentos, as verbalizações e as condutas das mães, dos bebês e as trocas entre eles.

A observação por meio de filmagem constituiu a próxima etapa do trabalho realizada, entre o sexto e décimo dia de vida do bebê, numa distância aproximada de 1m50 da incubadora do bebê, na UTI pediátrica/neonatal, por cerca de 10 minutos, com a câmara filmadora posicionada de forma a obter o melhor ângulo lateral mãe-bebê. Posteriormente, assistiram-se aos filmes para fins de revisão dos registros protocolizados, também foi realizado um estudo de confiabilidade, quando cada dupla de observadoras pontuava a mesma observação, tanto de forma participativa como em vídeo, buscando alcançar um acordo entre observadores e minimizar a ocorrência de erros nas pontuações.

Os dados coletados nas observações foram inicialmente quantificados pelas observadoras e discutidos entre o grupo de pesquisadoras. Posteriormente foram analisados e integrados de forma qualitativa e complementados com a análise do prontuário médico e com os dados da história clínica do bebê.

## Resultados e discussões

O objetivo desta investigação foi avaliar o processo interativo mãe-bebê pré-termo, no ambiente hospitalar, e oferecer subsídios aos profissionais que trabalham em unidades neonatais.

Os resultados da análise dos protocolos médicos e da história clínica do bebê revelaram a presença da respiração espontânea, a não-utilização de analgésicos, sedativos e equipamentos, com exceção de incubadoras e berços aquecidos em todos os neonatos. Esses dados indicam a ausência de complicações clínicas severas nos bebês, o que pode ter contribuído com os achados deste estudo quanto às competências no uso de recursos interacionais dos recém-nascidos.

Nesse contexto, os dados das características demográficas dos bebês, conforme a Tabela 1, demonstram que os sujeitos entre 30 e 35 semanas representam 88,8% da amostra, sendo que 11,1% dos participantes possuem entre 28 e 30 semanas e 77,8% possuem peso acima de 1,400Kg. Essa concentração de bebês participantes, nascidos entre 30 e 35 semanas de idade gestacional e a ausência de complicações clínicas severas são fatores importantes a serem destacados nos resultados, uma vez que a capacidade do organismo de permanecer em estado de alerta para receber informações cognitivas, sociais e emocionais, e modificar esses contatos requer um certo grau de corticalização cerebral (Fabre-Grenet, 1997), o que já era mais presente nessa população.

Tabela 1 – Distribuição da amostra quanto a idade, sexo e peso dos bebês

Características Demográficas		
Idade (semanas)	Frequência	Porcentagem
28 - 30	1	11,2
30 - 32	4	44,4
32 - 35	4	44,4
Sexo		
Masculino	4	44,4
Feminino	5	55,6
Peso (kg)		
1,000 - 1,400	2	22,2
1,400 - 1,800	6	66,7
Acima 1,800	1	11,1

Confirmando achados de estudos anteriores (Klaus & Kennel, 1993) observa-se, nas características gerais da interação, entre os participantes, que as mães iniciaram o processo de interação. Verifica-se que isso ocorreu em 100% das díades, sendo que a reciprocidade nas trocas ocorreu em 55,5% dos casos com tonalidade afetiva dominante de prazer em 44,4% das mães e 55,5% nos bebês. Esses achados reafirmam as competências do bebê pré-termo de adaptação ao meio descritos na teoria do desenvolvimento sinativo de Heidelise Als (Fabre-Grenet, 1997) e identificam o desenvolvimento dos subsistemas de atenção e interação social e o subsistema regulador descritos pela mesma autora.

Agrega-se a isso o fato de as trocas interativas entre a díade mãe-bebê terem sido adequadas e terem ocorrido em 55,5% nas categorias corporal e vocal e em 44,4% nas categorias visual e facial. Esses dados confirmam descobertas anteriores (Brazelton

e cols., 1987; Busnel, 1993), as quais revelam que uma estimulação adequada conduz a uma reação positiva, o que faz com que o bebê busque ativamente e passe a interagir com ela. Observa-se que as mães apresentaram, em sua maioria, uma harmonia no ritmo dos toques, aproveitar os momentos de intimidade com seu bebê, conseguiram relatar sobre as condutas e comportamentos dos bebês, revelando que se sentiam maternalizadas por seus filhos. Provavelmente, as mães que estimularam seus bebês por meio do contato corporal e vocal conseguiram fazer com que seu filho se interessasse ou dirigisse respostas a sua intervenção, foram mais competentes do que aquelas que o fizeram pela busca do contato visual e facial. Embora se trate de uma forma fundamental de interação, os bebês pré-termos necessitam de um tempo maior para efetivar essa ocorrência, diferente do bebê a termo que já na sala de parto dirige o seu olhar para a mãe, maternalizando-a (Lamour & Barraco, 1998).

Os resultados relativos às trocas interativas na categoria corporal evidenciam que 66% das mães tocaram os seus bebês com a palma da mão e não apenas com a ponta dos dedos, como ocorre na maior parte das mães de bebês pré-termo. Esses dados diferem dos achados de outros estudos (Klaus & Kennel, 1993). Entretanto, isso pode ter ocorrido em virtude da idade gestacional e do peso dos participantes, pois 88,8% dos bebês tinham entre 30 e 35 semanas e 66% pesavam entre 1,400Kg e 1,800kg, constituindo-se uma amostra predominante de prematuros de moderado baixo peso.

Quanto aos dados relativos a distribuição da amostra quanto à idade, estado civil, escolaridade, profissão, número de gestações e renda familiar das mães participantes, conforme a Tabela 2, observa-se que a

aceitação do trabalho apenas por mães de nível socioeconômico baixo (77,7%) e que a pouca participação do pai nesse estudo foram significativas. Os achados referentes ao estado civil das mães indicam que 88,9% são solteiras, 66,7% tem baixa escolaridade, 66,7% não possuem emprego remunerado e 77,7% têm entre 20 e 31 anos de idade. Acredita-se, com base em estudos anteriores (Levy-Shiff, 1982; Mabelle, 1990; Wendland, 2001; Botero, 2004), que a ocorrência do parto prematuro nas mães dos bebês possa ter sofrido a influência do desamparo de seus companheiros, visto que em apenas 11,1% os pais dos bebês estavam presentes e que 55,5% das participantes eram solteiras. Por outro lado, observa-se que mesmo diante do desamparo do pai, as trocas interativas mãe-bebê foram expressivas.

Tabela 2 – Distribuição da amostra quanto a idade, estado civil, escolaridade, profissão, número de gestações e renda familiar das mães participantes.

Idade (anos)	Frequência	Porcentagem
16 - 20	2	22,2
20 - 24	4	44,4
24 - 28	1	11,1
28 - 31	2	22,2
<b>Estado civil</b>		
Solteira	5	55,6
Casada	1	11,1
Amigada	3	33,3
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental	6	66,7
Ensino médio	3	33,3
<b>Profissão</b>		
Do lar	5	55,6
Desempregada	1	11,1
Estudante	1	11,1
Vendas	2	22,2
<b>Número de gestações</b>		
Primíparas	5	55,6
Múltiplas	4	44,4
<b>Renda Familiar (salário mínimo)</b>		
Até 1	2	22,2
1- 2	5	55,6
Mais de 2	2	22,2

Por fim, quanto à avaliação dos recursos interacionais entre a díade observa-se a interferência do tipo de ambiente onde foi realizado o estudo, no qual são desenvolvidos programas de cuidado humanizado, de

estímulo ao aleitamento materno e de desenvolvimento do projeto canguru, além da existência de grupos de apoio e informativos para os pais de bebês nascidos pré-termo na unidade do hospital, o que pode ter



contribuído para obtenção positiva dos achados. Em concordância com esses resultados, descobertas de outros estudos (Klaus & Kennel, 1993) destacam, por exemplo, que as mães podem aprender não apenas com as enfermeiras, mas também com outras mães, à medida que iniciam o processo de maternagem.

### Considerações finais

Os dados da pesquisa evidenciam que as manifestações corporais, visuais, vocais e faciais são fundamentais no processo interativo mãe-bebê. É por meio dessas modalidades de contato que o neonato e sua mãe estabelecem a trama dos vínculos afetivos. Auxiliar a observar, reconhecer, compreender e responder adequadamente às informações e aos sinais do bebê em unidades intensivas é fundamental para o desenvolvimento inicial dessas relações e para o desenvolvimento futuro do bebê. Além disso, a promoção e prevenção em saúde em situações de nascimento de risco e o desenvolvimento de programas de intervenção nas interações precoces mãe-bebê ainda durante a hospitalização pode servir como proteção aos agravos causados pelo nascimento antecipado.

Finalmente, sugere-se que sejam realizados estudos posteriores para complementar esses achados, num período próximo à aquisição da linguagem das crianças. Dessa forma, poderá se confirmar ou se descobrir novas questões sobre como essas mães e seus filhos vêm percorrendo a formação do vínculo afetivo.

### Referências

- Botero, H. (2004). Cuando papá no está: la ausencia del padre como un factor generador de violencia. Em S. A. Scortegagna & C. R. Benincá (Orgs.), *Interfaces da Psicologia com a Saúde* (pp. 52-87). Passo Fundo: UPF Editora.
- Bowlby, J. (1984). *Apego e perda: apego* (Vol. 1). São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B. (1973). *Neonatal behavioral assessment scale*. Philadelphia: Lippincott.
- Brazelton, T. B. (1979). Behavioral competence in the newborn infant. *Seminars in Perinatology*, 3.
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B., Cramer, B., Kreisler, L., Schappi, R. & Soulé, M. (1987). *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brasil. Ministério da Saúde (2002). *Manual do programa de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso*. Método Canguru.
- Busnel, M. C. (1993). *Le langage des bébés: savons-nous l'entendre?* Paris: Jacques Grancher.
- Carvalho, R. M. A. (2001). *Cuidado-presença: importância na atenção ao recém-nascido de alto risco*. Passo Fundo: UPF
- Cramer, B. (1974). Interaction réelle et interaction fantasmatique: réflexion au sujet des thérapies et des observations du nourrisson. *Psychothérapies*, 1, 30-47.
- Cramer, B. (1993). *Profissão Bebê*. São Paulo: Martins Fontes.
- Deslandes, S. & Assis, S. (2003). Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o dialogo das diferenças. Em M. Minayo & S. Deslandes (Orgs.), *Caminhos do pensamento epistemologia e método* (pp. 195-223). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Fabre-Grenet, M. (1997). As formas de comunicação do recém nascido prematuro. Em M. C. Busnel (Org.), *A linguagem dos bebês, sabemos escutá-los?* (pp. 111-135). São Paulo: Escuta.
- Klaus, M. H., Kennel, J. H. & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M. H. & Kennel, J. H. (1993). *Pais/bebê a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lamour, M. & Barraco, M. (1998). *Souffrances Autour du Berceau, des émotions au soin*. Paris: Gaëtan Morin.
- Lebovicí, S. (1983). *Lê nourrisson, la mère et le psychanalyste, les interactions precoces*. Paidós: Le Centurion.
- Lebovicí, S. & Lamour, M. (1991). Les interactions du nourrisson avec ses partenaires: évacuation et modes d'abord preventives et thérapeutiques. *La Psychiatrie de l'enfant*, 34 (1), 171-275.
- Levy-Shiff, R. (1982). The effects of father absence on young children in mother-headed families. *Child Development*, 53, 1400-1405.
- Mamelle, N. (1990). Composantes psychologiques dans l'étiologie de la prématurité. *Gynécologie et psychosomatique*, 3, 5-10.
- Meio, M. D. B. (1999). *Como estão sobrevivendo os pequenos prematuros?* Tese de Mestrado, Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro.

- Morsch, D. S. e cols. (1997). Programa de acompanhamento e visitação aos irmãos de bebês internados em UTI neonatal. *Pediatria Moderna*, 33 (7), 481-487.
- Morsch, D. S. e cols (2004). *Quando a vida é prematura: a interface entre o desenvolvimento afetivo e cognitivo em bebês pré-termo*. Tese de Doutorado, Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Piccinini, C. A. e cols. (2001). Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 14 (3), 469-485.
- Rodholm, M. & Larsson, K. (1979). Father-infant interaction at the first contact after delivery. *Early Human*, 3, 21-27.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. Em T. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Shappi, M. Soulé (Orgs.), *A dinâmica do bebê* (pp. 132-170). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Spitz, R. A. (2004). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Wendland, J. (2001). A abordagem clínica das interações pais-bebê: perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 14(1), 45-46.
- Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Recebido em: agosto/2005  
Revisado em: novembro/2005  
Aprovado em: dezembro/2005

Sobre as autoras:

**Silvana Alba Scortegagna** é psicóloga, mestre em Educação, doutoranda em Psicologia e docente na Universidade de Passo Fundo (RS).  
**Christiane Albuquerque de Miranda** é psicóloga, mestre em Psicologia do Desenvolvimento e docente na Universidade de Passo Fundo (RS).

**Denise Streit Morsch** é psicóloga, mestre em psicologia, doutora em saúde da criança e da mulher, consultora do Ministério da Saúde.

**Rejane Agnes de Carvalho** é mestre em Assistência de Enfermagem e docente na Universidade de Passo Fundo (RS).

**Janaina Biasi** é discente do curso de Psicologia na Universidade de Passo Fundo.

**Fernanda Cherubini** é discente do curso de Psicologia na Universidade de Passo Fundo.