

## **A abordagem construtivista-desenvolvimentista: elaboração e metodologia de aplicação de vídeos didáticos na intervenção junto a mães de bebês recém-nascidos pré-termo**

### **The constructivist-developmental perspective: constructing and implementing a methodology of didactical videos with mothers of preterms infants**

**Simone Gasparetto<sup>\*</sup>; Vera Sílvia Raad Bussab<sup>\*\*</sup>; Luísa Barros<sup>\*\*\*</sup>**

<sup>\*</sup>Doutorado em psicologia experimental pela Universidade de São Paulo (CAPES) com estágio na Universidade de Lisboa no curso de pós-graduação em psicologia da saúde (Bolsa Sanduíche CNPq). Professora do curso de psicologia e dos cursos de pós-graduação do Centro Universitário São Camilo- São Paulo

<sup>\*\*</sup>Professora titular do departamento de psicologia experimental do instituto de psicologia da Universidade de São Paulo com bolsa de produtividade de pesquisa do CNPq

<sup>\*\*\*</sup>Professora catedrática da faculdade de psicologia e de ciências da educação da Universidade de Lisboa

[Endereço para correspondência](#)

---

#### **RESUMO**

Estudos sobre adaptação e estratégias de enfrentamento de mães de recém-nascidos pré-termo demonstram a importância de programas de intervenção para esta população. O objetivo do presente trabalho foi desenvolver uma intervenção construtivista-desenvolvimentista, em que as mães são conduzidas num processo de reflexão sobre os seus sentimentos e o desenvolvimento do bebê. O programa usa um vídeo que apresenta três mães de recém-nascidos pré-termo, representando diferentes níveis cognitivos, variando em flexibilidade e autonomia. A partir dessa exposição é promovida uma reflexão com o objetivo de desenvolver atitudes e comportamentos mais flexíveis e facilitadores da autonomia no enfrentamento da situação, com ênfase nas dificuldades iniciais, no desenvolvimento do vínculo e na elaboração dos sentimentos. A abordagem construtivista-desenvolvimentista considera que a experiência de ter um bebê pré-termo pode afetar o sistema de crenças dos pais, de modo que este período de crise pode ser compreendido como uma fase especialmente propícia para uma intervenção preventiva centrada na análise e eventual transformação de crenças parentais, promovendo menores índices de depressão e ansiedade e facilitando o desenvolvimento do vínculo.

**Palavras-chave:** Intervenção construtivista-desenvolvimentista, Vídeo didático, Mãe-bebê pré-termo.

---

## **ABSTRACT**

Studies on the adaptation of mothers of preterm newborns to the new situation show the importance of intervention programs for this population. The objective of this study was to develop a Constructivist-Developmental intervention program in which mothers are led to reflect on their feelings and on the development of their infants. The program uses a video that features three mothers of preterm newborns, exemplifying different cognitive levels, and ranging in flexibility and autonomy. From this exposure, reflection is promoted with the aim of developing attitudes and behavior that are more flexible and autonomous in dealing with such situations. Emphasis is on the initial difficulties and in the development of attachment and processing of feelings. The Constructivist-Developmental methodology asserts that the experience of having a preterm newborn affects the parent's belief system. Therefore, this critical period can be understood as a stage especially suitable to preventive interventions that focus on the analysis and possible transformation of parental beliefs, promote lower rates of depression and anxiety and facilitate the development of an emotional bond.

**Keywords:** Constructivist-developmental intervention, Videotape exposure, Mothers of preterm newborns.

---

## **Introdução**

A aplicação de diferentes programas de intervenção com mães de bebês recém-nascidos pré-termos durante o período de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) tem propiciado mudanças comportamentais, educacionais e de níveis de estresse que favorecem a adaptação materna pela transformação das estratégias de enfrentamento e das significações das mães, bem como pela promoção da qualidade do vínculo mãe-bebê, facilitando, desse modo, um desenvolvimento saudável da criança e da família (Afeck & Tennem, 1991; Barros, 1992, 2001; Beeghly et al., 1995; Belsky et al., 2007; Browne & Talmi, 2005; Melnyk et al. 2006; Wyly, Pflazer & Speth, 1995).

Múltiplos fatores influenciam a qualidade das interações mãe-bebê, entre eles a saúde mental da mãe, as condições médicas do bebê, as interpretações maternas das reações e comportamentos do bebê e a condição sócio-econômica dos pais. Se a conjunção desses fatores produzir um contínuo de interações sociais não contingentes e não adequadas, esse quadro social e afetivo prejudicado pode levar a conseqüências negativas no desenvolvimento emocional e cognitivo do bebê e na interação da díade no seu contexto social (Sameroff & Fiese, 1995). Dentre estes fatores, Barros (1998) deu especial ênfase às significações parentais, isto é, ao conjunto de crenças, expectativas, valores e normas que os pais constroem para interpretar e dar sentido ao comportamento e desenvolvimento dos filhos e às suas próprias atitudes educacionais.

## **Modelo construtivista e desenvolvimentista de significações parentais**

Utilizando o modelo construtivista-desenvolvimentista como referencial teórico, inspirado a partir do trabalho pioneiro de intervenção junto às mães de bebês de risco desenvolvido por Barros (1998), o presente trabalho teve como objetivo descrever um programa de intervenção para mães de bebês pré-termo que trabalha as diferentes dificuldades enfrentadas pelas mães durante a hospitalização do recém-nascido (RN) pré-termo na UTIN e após a sua alta hospitalar.

Este modelo baseia-se nas seguintes asserções principais:

- a) As crenças ou significações dos pais influenciam as atitudes educacionais e a relação progenitor-bebê;
- b) A relação parental pode funcionar como uma proteção contra eventuais riscos orgânicos e de desenvolvimento do bebê pré-termo;
- c) É possível definir uma hierarquia desenvolvimentista de significações parentais organizadas em cinco níveis de progressiva organização, diferenciação, integração, flexibilidade e abstração, numa perspectiva piagetiana (Piaget & Inhelder, 1968), tal como foi adaptado por Joyce-Moniz (1988, 1993) para o desenvolvimento sócio-cognitivo e por Sameroff e Feil (1985) para o desenvolvimento parental.

Baseando-se nestes dois modelos, Barros (1996) e Barros e Santos (2006) elaboraram uma seqüência desenvolvimentista das significações parentais sobre desenvolvimento e saúde das crianças. São cinco os níveis de significação parental e estão organizados em três áreas principais:

- a) Significação do problema ou sintoma: refere-se à forma como os pais conceitualizam a realidade desse problema, como são capazes de perceber e reagir a perspectivas diferentes nessa conceitualização e como procuram as explicações causais do mesmo.
- b) Compreensão do processo de desenvolvimento infantil: refere-se às informações que os pais têm a respeito do desenvolvimento da criança pré-termo.
- c) Resolução de problemas ou adesão às recomendações do especialista: refere-se às modalidades preferidas de resolução de problemas e às formas de relacionamento com a autoridade profissional.

Conforme definição de Barros (1992) e Barros e Santos (2006) os cinco níveis variam em um gradiente de extrema dependência até autonomia significativa, o que se reflete em cada uma das três áreas acima identificadas. No presente trabalho, optou-se por agrupar e apresentar, através de modelos de descentração materna, os níveis de significação parental mais baixos (Nível 1 e 2), níveis intermediários de significação parental (Nível 3 e 4) e o de significação parental mais elevado (Nível 5). As dimensões que concretizam os níveis serão apresentadas de forma resumida, somente a título de ilustração, a saber:

Níveis 1 e 2

- a) Significação do sintoma/problema:  
Os sintomas ou problemas são realidades concretas, que existem porque são percebidos pela pessoa ou pela autoridade. A pessoa pode ter consciência de que existe uma diferença na maneira de ver o problema, mas é incapaz de manter a sua perspectiva ao mesmo tempo em que se coloca na perspectiva do outro. Os sintomas/problemas podem ser percebidos como castigos por erros cometidos, conseqüência inevitável de transgressão das normas.
- b) Compreensão do processo de desenvolvimento:  
A compreensão do processo de desenvolvimento em termos pré-categoriais baseia-se num número restrito de categorias rígidas e muito estereotipadas, passando, no nível seguinte (2) para uma noção de crescimento associada a algumas mudanças superficiais que, no entanto, não alteram os rótulos estereotipados.
- c) Resolução de problemas/adesão às recomendações do especialista:  
A realidade do problema original saúde/desenvolvimento é vista como irreversível (nível 1), evoluindo para um reconhecimento de que é possível atenuar as conseqüências negativas pela adaptação dos pais e da própria criança às suas limitações (nível 2). A adesão é possível quando é explicitada em termos de regras concretas, simples, fáceis de aplicar e que não acarretam muitas conseqüências

negativas (para os pais/para a criança). A adesão tem por objetivo o ganho de proteção e o evitamento de punição das autoridades (médico/profissional de saúde). Relações com a autoridade baseiam-se na submissão e na dependência, mas os resultados da adesão são avaliados em termos categóricos. Se as recomendações não dão resultados imediatos e concretos, ou se a pessoa não se sente suficientemente protegida, o profissional é "mau" e procura-se outro especialista para atitudes simples e concretas.

#### Níveis 3 e 4

a) Significação do sintoma/problema:

A mãe percebe que o conhecimento da verdade objetiva pode não ser possível porque cada um tem a sua significação da realidade (nível 3), mas nota também que existem significações mais racionais e integradoras (nível 4). Percebe que pode haver sentimentos confusos ou ambivalentes, pois cada indivíduo tem experiências e sentimentos diferentes, mas tem dificuldade em coordená-los continuamente.

b) Compreensão do desenvolvimento:

Nível categorial, com explicação em termos de interação personalidade/períodos de desenvolvimento. Duas influências são consideradas simultaneamente, mas não completamente coordenadas entre si; passando para o nível compensatório as características da criança evoluem e se transformam em função do desenvolvimento e da qualidade da interação do meio. Compreensão de que as causas relacionadas com a origem do problema não são necessariamente as mais importantes. Entretanto, o sistema de interação ainda é percebido de forma que os pais modificam os filhos, mas o contrário não é totalmente reconhecido.

c) Resolução de problemas/adesão recomendações de especialistas:

A adesão é vista como uma forma de cumprir o papel de bons pais e evitar a vergonha ou desaprovação dos outros. A ação correta é a que agrada/ajuda os outros, ou a que corresponde às expectativas dos outros. Pode haver dificuldade em discutir as recomendações do médico ou a sua pouca adaptação à criança/situação por receio de desagradar ou por levar a sentimentos de culpa (nível 3). Evolui para uma maior capacidade de avaliar quais as recomendações mais lógicas e adequadas. Desta forma, a avaliação dos resultados pode ser discutida com o especialista, sem que haja necessidade de procurar outro profissional (nível 4).

#### Nível 5

a) Significação do sintoma/problema:

Os sintomas são definidos em termos de significações pessoais e relativizados de acordo com sua maneira própria de ver, sentir e reagir. A pessoa compreende que as perspectivas intra e interpessoais podem ser coordenadas, não só dentro do mesmo sistema, mas, igualmente, por meio da constituição de classes mais abstratas. A noção de causalidade é complexa, multidirecionada e transacional.

b) Compreensão do desenvolvimento:

Nível perspectivístico em que múltiplas influências são consideradas e coordenadas. Compreensão da relação pais-filhos como transacional, influenciando-se mutuamente e sendo ambos influenciados pelo contexto. O comportamento da criança é explicado pela sua experiência interior, produto da interação entre o próprio sujeito e o meio que se determinam mutuamente.

c) Resolução de problemas/adesão a recomendações de especialistas:

Exploração criativa de soluções gerais. A solução passa pela definição autônoma de problemas alternativos ou diferentes. Existem várias formas de definir ou compreender os problemas de saúde ou desenvolvimento, que são relativos e em função de um

dados contexto. Há mais articulações entre os diferentes meios possíveis de remediação do que no nível anterior (mais integração e coordenação). A noção de adesão implica que a utilidade das regras deve ser examinada criticamente e a sua transgressão é relativizada em termos de motivações pessoais. A ação correta é a que promove a autonomia da consciência. As recomendações podem ser discutidas e revistas, ou mesmo rejeitadas, sem que haja necessariamente quebra de confiança no profissional que aceita esta discussão. O bom profissional é aquele que valoriza o papel e a autonomia dos pais e da família.

## **Desenvolvimento e elaboração do vídeo didático**

A partir desta hierarquia de significações parentais, Barros (1992, 1998) desenvolveu um modelo de intervenção dirigido a mães de bebês pré-termo. Este modelo de intervenção psicológica tem o propósito de atuar como uma intervenção preventiva, transformar significações menos adaptativas e reduzir as defasagens entre os níveis de significação, através do uso de vídeos didáticos, que apresentam modelos (mães) que verbalizam significações de diferentes níveis.

A utilização de vídeos didáticos com fins terapêuticos e/ou preventivos já tem alguma tradição nos domínios da psicoterapia e da psicologia da saúde. Conforme revisão feita por Reis (1993), constata-se que desde os anos sessenta têm sido demonstradas diversas vantagens da utilização de vídeos para esses fins: clareza da transmissão do conteúdo; oportunidade para aprender um determinado programa terapêutico ou educacional em situação protegida; facilidade e conforto no processo de aprendizagem; adequação para pessoas que não gostam de trabalhar em grupo; possibilidade de exposição de cenas do meio natural, difíceis de criar no local clínico; uma estrutura narrativa facilitada de forma que se consiga obter a cena desejada; e repetição do conteúdo do vídeo de acordo com o desejo ou o grau de dificuldade.

O paradigma clássico das metodologias veiculadas por gravações em vídeo tem-se resumido essencialmente na apresentação dos personagens que representam os vários procedimentos ou aptidões de confronto, que o paciente-espectador deve executar quando vivenciar o mesmo tipo de experiência. Pretende-se que o paciente-espectador assimile as metodologias apresentadas e as reproduza o mais fielmente possível (Bandura & Barab, 1973; Jaffe & Carlson, 1972; Shipley, Butt, Horwitz & Farby, 1978; Shipley, Butt & Horwitz, 1979).

Algumas intervenções que recorrem à exposição videográfica com fins terapêuticos ou educacionais têm sido desenvolvidas em programas para mães de bebês a termo (Wedland-Carro, Piccinini & Millar, 1999) e pré-termo (Melnyk et al. 2006), com o objetivo principal de investigar o papel da intervenção precoce e promover a qualidade da interação materna com o bebê. Os resultados mostram que a intervenção com vídeo pode aumentar a sensibilidade da mãe e a qualidade de suas respostas na interação com o bebê. No presente trabalho propõe-se a inclusão de outras questões nos programas de intervenção, como por exemplo, os sentimentos e emoções que as mães enfrentam e as significações em relação ao desenvolvimento do seu bebê.

Na presente pesquisa, os vídeos apresentam mães de bebês pré-termo que servem de modelos de descentração metacognitiva, isto é, expressam significações, respectivamente, de cada uma em um dos três níveis diferentes sobre o mesmo tema ou problema. Todas apresentam uma visão otimista e adaptada, mas diferenciam-se pelo nível de abstração, complexidade e flexibilidade do pensamento que expressam.

Após uma extensa pesquisa da literatura, diferentes contribuições foram selecionadas para compor o conteúdo do vídeo para mães de RN pré-termo. Os estudos de Als, Lester, Tronick e Brazelton (1982) e de Brazelton e Nugent (1995), entre outros, contribuíram para o reconhecimento de indicadores neurocomportamentais do RN. Os estudos de Bowlby

(1969/1990), Eckerman, Oehler, Hannan e Molitor (1995), Hinde (1983) e Thurman e Korteland (1989), entre outros autores, serviram de base para a apresentação das capacidades e comportamentos do RN e da importância do vínculo mãe-bebê. Os trabalhos de Affeck e Tennen (1991), Barros (1992), Sameroff e Fiese (1995), Wyly, Pflazer e Speth (1995), entre outros, contribuíram com pesquisas e programas de intervenção precoce para RN pré-termos e suas famílias. Todos estes trabalhos foram usados para a elaboração do conteúdo do vídeo. A partir dos diferentes estudos citados foram elaborados diferentes temas que compõem o vídeo didático (os roteiros dos vídeos estão descritos na íntegra na tese de doutoramento de Gasparetto, 1998), a saber:

Tema 1: Dificuldades que as mães enfrentam; Primeira visita à UTIN; Dificuldade de vinculação; Sentimentos que os pais enfrentam.

Tema 2: Definição dos estados comportamentais dos bebês.

Tema 3: Estados comportamentais e possibilidades de interação mães-bebês pré-termo.

Tema 4: Sentimentos que as mães enfrentam: medo de estimular o bebê/excesso de estimulação.

Tema 5: Levar o bebê para casa.

A linguagem científica e teórica foi traduzida em uma linguagem mais simples, para ser plenamente entendida pelas mães, nos diferentes níveis cognitivos, e ao mesmo tempo, promover autonomia para mudanças de significações, atitudes e comportamentos inadequados de forma não impositiva nem autoritária. As próprias mães poderão encontrar formas mais adequadas e de fácil resolução para a situação pela qual estão passando. Para tanto, foi inicialmente elaborado um roteiro contendo três maneiras possíveis de reação de mães de RN pré-termo, correspondentes, cada uma, aos níveis de significação parental descritos acima. A primeira, mais categórica, correspondendo aos níveis 1 e 2; a segunda, intermediária, entre os níveis 3 e 4; e a terceira mais perspectivística, correspondendo ao nível 5. As três mães, assim descritas, são representadas por atrizes no vídeo. Os modelos dramatizados representam possíveis situações que as mães podem enfrentar e as diferentes formas de agir e pensar, quanto ao nascimento de um filho pré-termo e/ou com relação ao desenvolvimento futuro dele (Temas 1, 4 e 5).

A exibição dos modelos visa proporcionar às mães uma oportunidade de descentração, isto é, de comparar as próprias reações com as dos modelos, de discutir as possíveis reações e, até mesmo, modificar pensamentos e atitudes. Além disso, a situação foi planejada de modo a permitir diminuição da tensão e do sentimento de culpa e a facilitar a compreensão dos comportamentos do RN e do seu próprio comportamento, entre outros.

Em seguida será apresentado um resumo dos três tipos de dramatização elaborados para cada tema abordado no vídeo. Após a fala de cada mãe, um interlocutor faz um pequeno resumo. Cada uma das três mães representadas tem uma forma de pensar e enfrentar a situação, correspondentes aos níveis 1 e 2, aos níveis 3 e 4 e ao nível 5.

- Primeira forma de pensamento (N. 1 e 2)

O modelo de mãe dramatizado só consegue agir seguindo os conselhos do médico ou da enfermeira e acredita que os profissionais de saúde têm o conhecimento absoluto. Tem consciência de que existe uma diferença de perspectiva, mas é incapaz de manter a sua ao mesmo tempo em que se coloca na perspectiva do outro. Segue-se exemplo de verbalização das mães e da narradora no vídeo:

Mãe 1 (Tema 1): *"Isso tudo é tão estranho... Por que será que eu tô com medo... Eu vou confiar nos médicos porque eles já me disseram que o nenê tem todas as condições para crescer e ficar saudável... assim é melhor e eu fico mais confiante e mais calma".*

Narradora: *"Esta mãe tem a sensação que isto não está acontecendo com ela...Mas se sente melhor conforme vai pensando no que os médicos falaram para ela"*.

Acredita que o bebê nasceu prematuro porque cometeu algum erro e agora tem que arcar com as conseqüências. Não consegue perceber o desenvolvimento como um processo continuado e associa o crescimento com algumas mudanças superficiais, que não alteram os rótulos estereotipados, por exemplo:

Mãe 1 (Tema 1): *"Eu me sinto culpada pela situação do meu bebê... a única vontade que tenho é de não vir mais pro hospital... Mas a enfermeira disse que eu tenho que vir pro hospital, que a minha presença é importante pro bebê..."*.

Narradora: *"Essa mãe se sente responsável pelo nascimento prematuro do bebê e acha difícil enfrentar essa situação. Mas ela procura acreditar que a presença dela junto do bebê é importante, porque ela confia nos conselhos da enfermeira"*.

Segue os conselhos dos profissionais, pois pensa que só assim terá proteção e evitará a punição. A relação com a autoridade baseia-se na submissão e dependência, por exemplo:

Mãe 1 (Tema 1): *"Quando eu vejo ele tão pequenininho... tão diferente do que eu esperava, eu também me sinto estranha... Mas a enfermeira disse que é normal eu me sentir assim, que as outras mães também costumam sentir a mesma coisa. Eu vou fazer como ela disse..."*.

Narradora: *"Essa mãe quando vê o seu filho, nem consegue acreditar direito que algum dia vai se apegar ao seu bebê... Mas ela acredita que vai conseguir, porque a enfermeira disse que isto seria possível e ela confia na enfermeira porque ela tem mais experiência"*.

Segue de forma estereotipada o que aprendeu com as instruções, contudo reconhece que é possível minimizar ou atenuar as conseqüências negativas pela sua adaptação e da própria criança às limitações da situação. Este exemplo mostra que a mãe confia nos conselhos da enfermeira e sente-se segura com as instruções, pois ela não sabe como deve agir.

- Segunda forma de Pensamento (N. 3 e 4)

O modelo de mãe dramatizado consegue perceber a perspectiva do outro e compara-a com a sua e com a do grupo, por exemplo:

Mãe 2 (Tema 1): *"...É difícil acreditar que um dia ele vai ser uma criança saudável... Como eu estava imaginando esses meses todos. Mas eu sei que eles estão aqui pra serem tratados... A enfermeira me disse... E eu vejo também as outras mães daqui da Unidade..."*.

Narradora: *"Quando essa mãe vê o seu filho... ela pensa no que a enfermeira disse, no que conversou com as outras mães e no que ela já sabe. Todas essas informações ajudam a encontrar razões pra se sentir confiante e controlada"*.

Acredita que o bebê irá se desenvolver, pois as características do bebê evoluem em função do desenvolvimento e é possível corrigir os problemas por meio de cuidados adequados. Também compreende que percursos diferentes podem levar ao mesmo resultado desenvolvimentista, por exemplo: *"...tão pequenininho e tão fraquinho...Mas eu sei que eles estão aqui pra serem tratados, pra crescer e ficarem fortes..."*.

Tem dificuldade em discutir com o profissional as suas dúvidas, pois a adesão é vista como uma forma de cumprir o papel de bons pais e evitar a vergonha ou desaprovação dos outros. Por outro lado, tende a considerar as características específicas da criança e acredita que os pais têm um papel determinante no desenvolvimento, o que torna possível questionar a opinião dos profissionais se não de um modo completo, ao menos no que diz respeito ao bebê. Por exemplo:

Mãe 2 (Tema 5): *"...Eu não sei quando ele tá se sentindo bem ou mal, os sinais não são muito*

*claros. Eu já conversei com a médica e ela disse que o nenê está passando por um período de adaptação... Mas eu não sei, tenho umas dúvidas... Com tempo e com calma eu vou conseguir ajudar o meu filho”.*

Narradora: *“Essa mãe tenta entender os comportamentos e reações do seu bebê, avalia o que a médica disse e o que ela pensa sobre essa fase de adaptação do bebê em casa. Ela sabe que vai precisar ter calma pra ajudar o filho a encontrar o ritmo certo”.*

- Terceira Forma de Pensamento (N.5)

O modelo de mãe dramatizado compreende que as suas perspectivas e a dos outros podem ser coordenadas. Leva em conta o que os profissionais dizem, sempre fazendo relação com a sua própria forma de pensar. Conseguem coordenar diferentes perspectivas. Por exemplo:

Mãe 3 (Tema 4): *“... O que é mais importante é prestar muita atenção pra perceber o que está acontecendo com ele... eu tenho que respeitar o ritmo dele... a gente tem a vida inteira pela frente!”.*

Narradora: *“Esta mãe sabe que o que aprendeu no vídeo pode ajudar a conhecer melhor o seu bebê. E sabe também, que é importante ficar atenta ao ritmo do seu bebê. Pois, se ela compreender bem o comportamento do seu filho, ele é que vai ensinar a melhor forma de o ajudar”.*

Considera múltiplos fatores atuando no desenvolvimento do bebê. Compreende a relação pai-filho como transacional, ou seja, resultante de influências mútuas e influenciada pelo contexto.

## **Conduta e objetivos do psicólogo durante a intervenção construtivista-desenvolvimentista com vídeo didático**

O papel do terapeuta é oferecer um confronto didático dos modelos expostos, proporcionando uma reflexão conjunta sobre as maneiras de agir de cada mãe representada no vídeo. As dramatizações das três mães representadas no vídeo não devem ser avaliadas como corretas ou incorretas, mas sim como maneiras mais positivas, flexíveis e autônomas de agir.

Pergunta-se: *“Com qual das três mães representadas no vídeo você se identifica mais? Por quê? E o que você percebe de diferente na forma de cada mãe pensar? Como se sentiria se pensasse assim? Por que acha que não é capaz de pensar assim?”.* O terapeuta pretende com isto utilizar o próprio conhecimento das mães e favorecer maior autonomia e autocontrole nas decisões. Através do discurso das mães o psicólogo tem a possibilidade de avaliar o nível de significação dominante de cada mãe e avaliar se após a exposição do vídeo houve mudanças nas formas de pensar.

A exposição da pessoa a vários modelos de reflexão, que representam os níveis de significação diferentes, permite um confronto descentrante e mais alargado com vários modelos, e não apenas com um modelo apresentado pelo terapeuta. A mãe pode aceitar e/ou rejeitar livremente as significações dos personagens, porque é capaz de diferenciar um do outro, comparar os vários níveis de significação e escolher aquele que mais se parece com ela ou com aquilo que ela gostaria de ser. A atividade proposta favorece a exposição das mães a vários personagens, proporcionando um confronto dialético entre as suas significações e as desses modelos de reflexão. O psicólogo enfatiza que cada personagem representa uma forma diferente de pensar e sugere que a mãe tente escolher a que mais se pareça com a sua (Reis, 1993).

A intervenção com vídeos descentrantes, no modelo construtivista-desenvolvimentista, permite uma análise individualizada de cada mãe quanto aos seus sentimentos, dificuldades, dúvidas, adesão ao tratamento e percepção quanto ao desenvolvimento futuro do bebê. Favorece também possíveis transições das mães de um determinado nível cognitivo para níveis mais avançados,



com o objetivo principal de proporcionar a construção de significações mais perspectivísticas e autônomas, promovendo, assim, condições menos geradoras de estresse e mais saudáveis para o desenvolvimento da díade mãe-bebê.

Na apresentação do vídeo o Tema 1 – 1º parte - *Dificuldades que as mães enfrentam*. O interlocutor tem como objetivo orientar as mães e mostrar que as preocupações e dúvidas sobre a prematuridade e o desenvolvimento do bebê são comuns a todos os pais que estão nesta situação. São levantadas questões do tipo: Por que isso aconteceu comigo? Será que ele vai sobreviver? Ele vai ser um bebê normal? Por que o meu bebê nasceu antes do tempo? O meu bebê vai ter problemas no futuro? Enfatiza-se a existência de diferentes formas de pensar e agir e de como estas podem interferir na forma de cuidado e educação dos filhos; conceitos negativos ou irrealisticamente otimistas sobre o bebê pré-termo podem favorecer comportamentos inadequados com o bebê ou com os profissionais de saúde.

Na 2º parte - *Primeira visita à UTIN*. A exposição aos três modelos de mãe tem como objetivo possibilitar a reflexão sobre os diferentes sentimentos e pensamentos que as mães tiveram quando foram ver seu bebê pela primeira vez na UTIN. Propicia-se um auto-relato e uma discussão da situação vivenciada com parâmetro nos modelos.

Na 3º parte – *Dificuldade de Vinculação*. Com o objetivo de permitir que as mães expressem sentimentos negativos, nos três modelos apresentados no vídeo as mães comentam suas dificuldades iniciais de aproximação e de vínculo em relação aos filhos, muito pequenos, fraquinhos e diferentes do que elas esperavam.

Para muitos pais de RN pré-termo, o primeiro lugar de envolvimento com seus filhos é a UTIN e muitas mães parecem não estar preparadas psicologicamente para enfrentar este período. A exposição a diferentes formas de pensamentos permite reflexão e favorece o desenvolvimento de um modo mais adaptativo de enfrentar a situação.

Na 4º parte – *Sentimentos que as mães enfrentam*. Significações, avaliações ou interpretações errôneas das mães sobre o nascimento prematuro e o comportamento do bebê podem produzir um estado elevado de ansiedade e depressão e podem assim provocar um desenvolvimento perturbado na criança (Gasparetto, 1998; Brouwers, Van baar & Pop, 2001).

No Tema 2 - *Definição dos estados comportamentais dos bebês*. Tem-se como objetivo informar e orientar as mães para comportamentos e reações que os bebês podem apresentar e para a importância do cuidador na promoção de regulação dos estados comportamentais, conduzindo para o sono ou para a vigília tranqüila. Para que a mãe possa reconhecer os indicadores de estado do bebê pré-termo são apresentadas imagens dos níveis de ativação de bebês pré-termo, desde sono, alerta calmo, até irritação e choro, com base em Als et al. (1982). A linguagem do vídeo é simples e clara. Chama-se a atenção das mães para a importância de observar e reconhecer em seu bebê as situações que se assemelhem com as que serão demonstradas. Tem-se como hipótese que à medida que as mães reconhecem e compreendem os indicadores e mudanças dos estados comportamentais do bebê, conseguirão mais facilmente confortá-lo em situações de choro e, conseqüentemente, diminuir a própria ansiedade em relação aos cuidados do bebê.

O Tema 3 - *Estados comportamentais e possibilidades de interação mães-bebês pré-termo*. No vídeo são enfatizadas as possibilidades de intervenção da mãe em função do estado comportamental do bebê, indicando-se qual o momento mais adequado para a mãe entrar em interação com o seu bebê ou confortá-lo. Explica-se que algumas funções fisiológicas ainda não estão totalmente preparadas para responder aos diferentes estímulos do meio e que as mães podem ajudar favorecendo um ambiente mais adequado, com estímulos menos intrusivos. Enfatiza-se também, que as mães têm um papel importante para o desenvolvimento do vínculo com o bebê. Os bebês que nascem prematuros não precisam somente de cuidados médicos e higiênicos, precisam também de amor e carinho, como um "alimento primordial" para o seu desenvolvimento cognitivo e emocional.

Os Temas 2 e 3 enfocam uma parte educativa do programa e parte-se do princípio que, se a mãe for capaz de reconhecer as reações e comportamentos de seu filho, conseguirá mais facilmente interagir e responder adequadamente aos sinais do RN, conseqüentemente favorecendo o vínculo da díade. Os programas de intervenção precoce para mães e bebês, principalmente os que demonstram aos pais as capacidades e possibilidades de interação do bebê atendo-se ao estado comportamental em que o bebê se encontra, mostram resultados positivos na promoção da interação da díade ao longo prazo (Beeghly et al., 1995).

No Tema 4 - *Sentimentos que as mães enfrentam: medo de estimular o bebê/excesso de estimulação*. Os modelos de mães apresentados discutem, cada um sob sua perspectiva desenvolvimentista (níveis cognitivos), quais são os seus pensamentos, sentimentos e dúvidas de como agir com o bebê. Por exemplo: a mãe 1 (N. 1 e 2), fala que gostaria de pegar no bebê, mas acha que se tocar nele ele pode piorar e não sabe o que fazer para não prejudicar o bebê; a mãe 2 (N. 3 e 4) mostra ter assimilado as instruções do vídeo (Temas 2 e 3) e relata que com as reuniões aprendeu uma porção de pistas para começar a conhecer melhor o seu bebê, descrevendo passo a passo algumas instruções do vídeo; a mãe 3 (N. 5) enfatiza que é importante observar o seu bebê e conhecê-lo melhor para saber o que ele precisa em cada situação e demonstra compreender que a relação mãe-filho é transacional, mutuamente influenciada e dependente do contexto.

No Tema 5 - *Levar o bebê para casa*. Este aborda a alta do bebê e as dificuldades e dúvidas sobre como cuidar do bebê em casa. Por um lado, as mães estão com muita vontade de levar o bebê para casa e, por outro, estão preocupadas e ansiosas por terem medo de não conseguir cuidar do seu filho. Aqui também são apresentados três diferentes modelos de mães, cada uma com sua forma de pensar e resolver os problemas encontrados.

Apesar de o vídeo não abordar todas as situações que as mães poderão se confrontar, ele proporciona uma reflexão e um auto-relato dos conflitos pelo qual estão passando.

A vantagem desta proposta de intervenção didática relaciona-se com o desafio desenvolvimentista que é colocado aos seus participantes. O convite dramatizado ao exame e discussão das significações de três modelos e a comparação com suas próprias significações podem contribuir para uma reflexão e para a adoção de níveis de significação mais abertos, flexíveis e integrativos.

## **Discussão e conclusões**

Os diferentes temas abordados no vídeo, seguindo um modelo de intervenção construtivista-desenvolvimentista, pretendem propiciar às mães de bebês pré-termo que expressem seus diferentes sentimentos e preocupações durante as sessões terapêuticas. Os modelos de mães dramatizados têm como intuito facilitar e dar alternativas de pensamentos, compreensão e confronto nas diferentes situações. Os modelos oferecem formas e estratégias mais facilitadoras e mais simples. Isto proporciona às mães um indicador de como elas podem agir. A cada etapa do vídeo elas têm oportunidade de confrontar o pensamento dos modelos e trocar idéias com outras mães que também estão na mesma situação.

Pode-se usar a perspectiva construtivista-desenvolvimentista no sentido de valorizar a relação que se estabelece entre a mãe e o bebê que teve um nascimento prematuro. As mães precisam ser ajudadas a reconhecer e compreender os comportamentos e as reações de seu bebê e os seus próprios sentimentos e significações. Espera-se que com este tipo de intervenção suportiva obtenha-se maior adesão aos cuidados com o bebê pré-termo, menor índice de ansiedade e depressão da mãe, maior autonomia das mães e capacidade de resolução de problemas e um adequado desenvolvimento do apego entre a díade.

Esta abordagem pode minimizar os danos causados por longos períodos de internação e promover

um desenvolvimento saudável para a mãe e a criança. Defende-se que isto comece no hospital, mudando a visão de que o hospital não é só um lugar para curar doenças, mas também um lugar confortável e seguro que pode promover saúde e oferecer programas preventivos que favoreçam as pessoas. Para isto se faz necessário a integração da psicologia da saúde nos hospitais. A mãe de um bebê de risco deve ser atendida em todos os aspectos: físicos, emocionais e educacionais. Cada profissional tem suas limitações e é através da troca de informações, numa equipe multidisciplinar, que o indivíduo pode ser atendido sob todos os aspectos, proporcionando, assim, o seu bem estar e de toda a sua família.

O objetivo do presente trabalho foi desenvolver esse modelo de intervenção junto a mães de recém-nascidos pré-termo dentro da perspectiva construtivista-desenvolvimentista, descrevendo as bases teóricas e os objetivos específicos da intervenção, com atenção especial à construção do vídeo didático, que serve de base para as intervenções terapêuticas, voltadas para informação, reflexão e promoção de novos níveis de significação favorecedores de maior autonomia e do desenvolvimento das díades mães-bebês. Apesar de não ser objetivo do presente trabalho apresentar os dados de aplicação desse instrumento de intervenção, cabe informar que foi realizada uma aplicação num Hospital Universitário: 29 mães de bebês pré-termo foram selecionadas a partir de diferentes indicadores (idade gestacional, peso ao nascimento do bebê, entre outros). A aplicação fez parte de uma pesquisa mais ampla, que continha entrevista inicial, aplicação de escalas, pelas quais foram avaliados os diferentes estados emocionais destas mães, suas expectativas e forma de pensar sobre comportamento e educação de crianças. Através de observações naturalísticas foram registrados os comportamentos apresentados durante a interação da díade (toque-estímulo, toque-resposta, cuidar, entre outras).

A análise dos resultados comprova que a aplicação do vídeo didático mostrou ser um forte componente de intervenção que atua como apoio na resolução de conflitos, oportunidade de reflexão e desenvolvimento de níveis de significação mais autônomos e flexíveis, para as mães que tiveram os bebês pré-termo (Gasparetto, 1998).

O vídeo vem sendo usado, sistematicamente, como instrumento de apoio e desenvolvimento de mães de bebês pré-termo. Pretende-se dar continuidade de pesquisa na aplicação com o vídeo didático para mães de bebês pré-termo, analisando sua importância como instrumento de intervenção terapêutica, promoção de desenvolvimento de níveis de significação mais autônomos e na análise e levantamento de crenças parentais em relação à educação e desenvolvimento das crianças que nasceram prematuramente.

## Referências Bibliográficas

- Affek, G. & Tennem, H. (1991). The effect of newborn intensive care on parents' psychological well-being. *Children's Health Care*, 20 (1), 6-14.
- Als, H.; Lester, B.; Tronick, E. Z. & Brazelton, B. (1982). Manual for the assessment of preterm infants' behavior (APIB). Em: H. E. Fitzgerald; B. M. Lester & M. W. Yogman (Org.). *Theory and Research in Behavioral Pediatrics* (pp.65-131). New York: Plenum Press.
- Bandura, A. & Barab, P. (1973). Processes governing disinhibitory effects through symbolic modeling. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 1-9.
- Barros, L. (1992). Estudo de um programa desenvolvimentista para mães de bebês de risco. *Psicologica*, 8, 95-111.
- Barros, L. (1996). Contribuição do estudo das significações sobre saúde e doença para as intervenções em psicologia pediátrica. *Análise psicológica*, 2(3), 215-230.
- Barros, L. (1998). Intervention auprès des mères de bébés hospitalisés en réanimation:

- contributions d'une perspective constructiviste et développementale. Em: A. M. Fontaine & J. P. Pourtois (Orgs.). *Regards sur l'éducation familiale* (pp-203-218). Bruxelles: De Boeck & Larcier.
- Barros, L. (2001). A unidade de cuidados intensivos de desenvolvimento como unidade de promoção do desenvolvimento. Em: C. Canavarro (Org.). *Psicologia da Gravidez e Maternidade* (pp. 297-316). Coimbra: Quarteto Editora.
- Barros, L. & Santos, M. (2006). Significações sobre parentalidade e bons-cuidados: como pensam os pais? Em: M. C. Taborda; M. T. Sousa Machado; M. L.Vale Dias & L. Nobre Lima (Orgs.) *Psicologia do desenvolvimento: temas de investigação* (pp. 95-115). Almedina: Coimbra.
- Beeghly, M.; Brazelton, T. B.; Flannery, K. A.; Nugent, J. K.; Barrett, D. E. & Tronick, E. Z. (1995). Specificity of preventative pediatric intervention effects in early infancy. *Development and Behavioral Pediatrics*, 16 (3), 158-167.
- Belsky, J.; Vandell, D. L.; Burchinal, M.; Clarke-Stewart, K.; McCartney, K. & Owen, M. T. (2007). Are there long-term effects of early child care? *Child Development*, 78 (2), 681-701.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e Perda*. Tradução organizada por Álvaro Cabral . São Paulo: Artes Médicas. (trabalho original publicado em 1969).
- Brazelton, T. B. & Nugent, J. K. (1995). Neonatal Behavioral Assessment Scale Clinics. *Developmental Medicine*, 137. London: Cambridge University Press.
- Brouwers, E. P. M.; Van Baar, A. L. & Pop, V. J. M. (2001). Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behavior & Development*, 24, 95-106.
- Browne, J. V. & Talmi, A. (2005). Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. *Journal of pediatric psychology*, 30 (8), 667-677.
- Eckerman, C. O.; Oehler, J. M.; Hannan, T. E. & Molitor, A. (1995). The development prior to term age of very prematurely born newborns' responsiveness in en face exchanges. *Infant Behavior and Development*, 18, 283-297.
- Gasparetto, S. (1998). *Desenvolvimento de um programa para mães de bebês pré-termo*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- Hinde, R. (1983). Ethology and child development. *Infant Behavior and Development*, 12, 495-505.
- Jaffe, P. G. & Carlson. P. M. (1972). Modeling therapy for test anxiety: the role of model affect and consequences. *Behavior Research and Therapy*, 10, 329-339.
- Joyce-Moniz, L. (1988). Construtivismo e psicoterapia. *Análise Psicológica*, 2 (6), 135-164.
- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicologia do Desenvolvimento do Adolescente e do Adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Melnyk, B. M.; Feinstein, N. F.; Alpert-Gillis, L.; Fairbanks, E.; Crean, H. F.; Sinkin, R. A.; Stone, P. W.; Small, Tu. X. & Gross, S. J. (2006). Reducing premature infant's length of stay and improving parent's mental health outcomes with the creating opportunities for parent empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 118 (5), 1414-1427.
- Piaget, J & Inhelder, B. (1968). *La psychologie de l'enfant*. Paris, France: PUF.
- Reis, J. (1993). Construção e modificação de significações ansiogêneas em processo de saúde e doença. *Análise Psicológica*, 4 (11), 575-589.
- Sameroff, A. & Feil, L. (1985). Parental concepts of development. Em: I. Siegel (Org.). *Parental belief systems: the psychological consequences for children* (pp.83-105). Hillsdale, N.J.: Lawrence

Erlbaum Associates.

Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (1995). Transactional regulation and early intervention. Em: S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Orgs.). *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 119-149). New York: Cambridge University Press.

Shipley, R. H.; Butt, J. H. & Horwitz, B. (1979). Preparation to re-experience a stressful medical examination: effect of repetitious videotape exposure and coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (3), 485-492.

Shipley, R. H.; Butt, J. H.; Horwitz, B. & Farby, J. (1978). Preparation for stressful medical procedure: effect of amount of stimulus pre-exposure and coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (3), 499-507.

Thurman, S. K. & Korteland, C. (1989). The behavior of mothers and fathers toward their infants during neonatal intensive care visits. *CHC*, Fall, 18 (4), 247-251.

Wendland-Carro, J.; Piccinini, C. A. & Millar, W. S. (1999). The role of an early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction. *Child development*, 70 (3), 713-721.

Wyly, M. V.; Pflazer, S. M. & Speth, M. R. (1995). Neurobehavioral development and support. Em: M. V. Wyly; J. Allen & J. Wilson (Orgs.). *Premature Infants and Their Families: Developmental Interventions* (pp. 57-82). London: Singular Publishing Group.

[Endereço para correspondência](#)

Endereço do autor principal: Simone Gasparetto. Rua Havaí, nº 380, apto 62, CEP:01259-000 São Paulo-SP.

E-mail: [sgasparetto@uol.com.br](mailto:sgasparetto@uol.com.br), [gasparetto.simone@gmail.com](mailto:gasparetto.simone@gmail.com).

Recebido em: 10/12/2007

Aceito em: 10/03/2008