

**O BEBÊ PRÉ-TERMO:
INTERVENÇÃO PRECOCE VISANDO A
MELHORIA DA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ**

Larissa Feijó

**Dissertação apresentada como exigência
parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia
sob a orientação do
Prof. Dr. César Augusto Piccinini**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento**

Maio, 1998

*Ao meu querido avô [Petry Feijó](#) (in
memoriam)*

AGRADECIMENTOS

Na conclusão desta jornada, merece registro e destaque o apoio que recebi nesse período, em termos pessoais e profissionais. Dizer *obrigada* a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho, é muito pouco e não revela, em plenitude, tudo aquilo que quero agradecer. Sejam, pois, estas palavras a expressão de minha gratidão por tudo aquilo que lhes devo. Assim, expresso meus sinceros agradecimentos:

Ao meu pai, *Flávio Juarez Feijó*, e a amiga, *Janete Barbosa*, pelo carinho e apoio sempre dispensados.

À minha mãe, *Lídia Elisabeth Prates Mallmann*, e aos meus irmãos, *Fabiano e Alessandro*, pelo carinho e paciência sempre demonstrados.

À minha querida avó *Carmem Feijó*, pelo carinho, interesse e estímulo sempre presentes.

Ao Prof. *Dr. César Augusto Piccinini*, pela orientação dedicada e incentivadora que me possibilitou realizar esta trajetória na área da pesquisa.

Aos professores do curso de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento da UFRGS, pela contribuição que deram à minha formação acadêmica, especialmente Prof. *Dra. Rita Sobreira Lopes* e Prof. *Dra. Tania Mara Sperb*.

Às graduandas em psicologia, *Mylene Orsi* e *Laura Gonçalves*, que revelaram-se verdadeiras companheiras de trabalho, demonstrando sempre interesse, competência e disponibilidade ao me acompanhar em todas as etapas deste estudo.

À *Ana Paula Silveira Alves*, *Tatiana Albuquerque*, e *Andréa S. Couto*, graduandas em psicologia, pelo auxílio em parte da coleta dos dados deste estudo.

À equipe médica e enfermagem da UTI neonatal do *Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, pela disponibilidade no desenvolvimento de parte deste estudo.

À equipe médica e enfermagem da UTI neonatal do *Hospital Presidente Vargas*, pela disponibilidade no desenvolvimento de parte deste estudo.

Às *mães dos bebês pré-termos*, que aceitaram participar deste estudo, pela disponibilidade e confiança em realizar as intervenções, contribuindo para a maior compreensão e auxílio na situação da prematuridade.

Ao funcionário *Alziro Pereira dos Santos*, pela disponibilidade e auxílio no uso dos equipamentos de áudio e vídeo necessários para a mixagem dos vídeos coletados.

Aos funcionários da secretaria do curso e da biblioteca da Psicologia da UFRGS, pela gentileza e eficiência com que atenderam às solicitações deste trabalho. Especialmente à secretária *Margarete Bianchesi*, pela grande eficiência e paciência com que sempre me atendeu.

Aos amigos e colegas de trabalho que, direta ou indiretamente influenciaram sobre minha vida, apoiando-me durante a realização deste trabalho. Em especial à colega [Cláudia Giacomon](#).

À Psic. [Bárbara Conte](#), pelo auxílio na compreensão de minha trajetória pessoal.

À [Ana Cristina Lopes Salaverry](#) e [Paula Centeno Hintz](#), grandes amigas, por terem me apoiado durante o desenvolvimento deste estudo com carinho e paciência, demonstrando interesse e incentivo.

À [Maria Nerair Silveira](#) e [Joanna Ferraz](#), amigas especiais, pelo feliz convívio e apoio no último ano.

À [Sílvia Maria Barreto do Santos](#), por todo carinho, paciência, interesse e ajuda prestados nos últimos anos, e em especial durante o desenvolvimento deste trabalho.

Ao [CNPq](#) e à [PROPESP/UFRGS](#) pelo auxílio financeiro no desenvolvimento deste trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
I – INTRODUÇÃO	
Características da Prematuridade.....	8
A influência do ambiente neonatal no desenvolvimento do pré-termo.....	14
Interação pais-bebê pré-termo.....	17
Intervenções precoce com o bebê pré-termo.....	26
Objetivos do estudo.....	39
II – METODOLOGIA	
Participantes.....	40
Delineamento e Procedimento.....	40
Instrumentos e Material.....	41
III -RESULTADOS	
Parte 1: Impressões e sentimentos maternos sobre a prematuridade.....	44
Parte 2: Papel das intervenções na qualidade da interação mãe-bebê: uma avaliação qualitativa.....	60
Examinando qualitativamente a intervenção estimulação tátil.....	60
Síntese da Avaliação Qualitativa da Intervenção Estimulação Tátil.....	78
Examinando qualitativamente a intervenção fala afetiva.....	83
Síntese da Avaliação Qualitativa da Intervenção Fala Afetiva.....	100
Parte 3: Papel das intervenções na qualidade da interação mãe-bebê: uma avaliação quantitativa.....	103
IV - DISCUSSÃO	
Considerações das mães sobre a prematuridade de seu bebê.....	119
Considerações sobre o papel das intervenções para a interação mãe-bebê.....	124
Considerações sobre a evolução fisiológica dos pré-termos.....	130
Considerações finais.....	131
REFERÊNCIAS.....	133
ANEXOS	
ANEXO I.....	143
ANEXO II.....	144
ANEXO III.....	145
ANEXO IV.....	146
ANEXO V.....	147
ANEXO VI.....	148
ANEXO VII.....	149
ANEXO VIII.....	150
ANEXO IX.....	155
ANEXO X.....	155
ANEXO XI.....	156
ANEXO XII.....	176

RESUMO

Entre os fatores que afetam a interação precoce destaca-se a prematuridade do bebê, que traz dificuldades específicas para a interação mãe-bebê pelas particularidades inerentes a condição do recém-nascido pré-termo. A mãe tende a se sentir desamparada frente a um bebê frágil que precisa permanecer dentro de uma incubadora, necessitando de cuidados especiais.

O presente estudo teve por objetivo investigar os efeitos de dois tipos de intervenção, tanto na qualidade de interação mãe-bebê, como para evolução fisiológica do bebê. Participaram do estudo 12 díades mãe-bebê pré-termo de baixo risco, todos clinicamente estáveis. As díades foram designadas a um de dois grupos: Grupo 1, submetido a intervenção envolvendo estimulação tátil realizada pela mãe; ou Grupo 2, que foi submetido a intervenção que enfatizou a fala afetiva da mãe com o bebê. Um grupo controle de 12 díades emparelhadas por sexo e peso do pré-termo foram também recrutados, mas não foram submetidos a intervenções.

As intervenções foram realizadas durante 15 minutos por dia, estendendo-se por 2 semanas, num total de quinze sessões. A segunda, oitava e última sessões foram filmadas. As mães foram entrevistadas antes, durante e após o período de intervenção, com o objetivo de examinar suas impressões e sentimentos frente a seu bebê pré-termo. Dados diários sobre a evolução fisiológica dos bebês foram também obtidos.

Análise de conteúdo das entrevistas mostrou um grande desamparo e culpa destas mães que não puderam levar suas gestações a termo. Além disso, elas expressaram dificuldades em enfrentar o ambiente neonatal, medo de tocar/machucar e de perder seu bebê.

Uma avaliação qualitativa das intervenções realizadas mostrou que um dos efeitos imediatos da estimulação tátil foi um aumento na atividade do bebê pré-termo. Contudo, para alguns bebês a estimulação tátil parecia estar fortemente associada a sua desorganização, pois eles mostravam-se agitados. Além disto, a estimulação tátil era por vezes realizada de forma mecânica, sem que a mãe ficasse face a face com o bebê, levando a interações assíncronas. Apesar disto, a estimulação tátil pode ter um efeito positivo para o bebê se a mãe for sensível e estiver atenta ao seu bebê, observando qual o toque que mais o satisfaz e o que lhe irrita.

Já a avaliação qualitativa da intervenção fala afetiva mostrou que ela pareceu facilitar a troca visual, pois as mães tendiam a se posicionar face a face com o bebê. Assim, durante a interação face a face, as mães ao perceberem as respostas do seus bebês, mostraram-se mais motivadas a continuarem falando com ele. Os dados mostram, ainda, que os bebês responderam tranquilamente a esta intervenção, não sendo necessário um período de adaptação. Contudo, a intervenção fala afetiva pode apresentar problemas e levar um tempo para ser efetiva, caso a mãe não seja criativa ou mesmo não goste muito de falar.

O efeito positivo das intervenções apontado na análise qualitativa dos dados do presente estudo não foi endossado pelas análises quantitativas sobre a evolução fisiológica do bebê. Independente do tipo de intervenção realizada com os bebês, não houve diferenças significativas na sua evolução fisiológica quando comparados com os do grupo controle. Embora os resultados tenham mostrado algumas tendências mostrando o efeito positivo das intervenções, o reduzido número de casos do presente estudo pode explicar pelo menos em parte os efeitos estatísticos reduzidos que foram encontrados. Neste sentido, é muito importante que novos estudos sejam realizados aumentando o número de díades mãe-bebê pré-termo, além de considerar o próprio desejo da mãe em realizar uma ou outra intervenção.

ABSTRACT

Prematurity is one of the factors that affects the early interaction which brings specific difficulties to the mother-infant relationship because of the particularities of preterm newborn conditions. The mother tends to feel abandoned in front of a fragile baby who needs to stay inside of an incubator, with the necessity of special care.

The aim of the present study was to investigate the effects of two types of intervention on the mother-infant interaction quality and on the infant's development. Twelve mother- low risk preterm infant dyads took part in this study. They were all clinically healthy. The dyads were designated to one of the two groups: Group 1, which was submitted to the tactile stimulation intervention made by mother; or Group 2, which was submitted to the intervention that has emphasized talking in motherese. Another group of 12 dyads was matched by the preterm sex and weight, but this group was not submitted to any intervention.

The interventions were done during 15 minutes per day, for 2 weeks, making a total of fifteen sessions. The second, eighth and last sessions were recorded on video. The mothers were interviewed before, during and after the intervention period. The interviews aimed at examining the mothers' expectations and fantasies toward their preterm infants. It was also considered the data about the babies physiologic evolution.

The content analysis of the interviews showed great feeling of helplessness and blame because they could not be able to carry their gestations until the term age. They also had difficulty to face the neonatal unity because they were afraid of the death of their babies.

A qualitative evaluation about the interventions showed that one of the immediate effects of the tactile stimulation was the increase of the preterm's activity level. However, to some infants the tactile stimulation seems to be associated to state of disorganization, since they appeared agitated. Furthermore, the tactile stimulation was sometimes done in a mechanical way, not in face-to-face mother-infant position, benefiting the asynchronic interactions. Nevertheless, the tactile stimulation may bring a positive effect for the infant if the mother is sensitive and direct her attention toward her baby, observing which touch satisfies him and which touch irritates him.

But the qualitative evaluation of the motherese intervention showed that it seems to facilitate the visual exchange, because the mothers tended to put themselves in a face to face position with their baby. So, during the en face interaction, the mothers noticed the infants responses and they felt more motivated to continue talking to them. The results still show that the infants responded peacefully to this intervention, an adaptation period not being necessary. However, the motherese intervention may present problems and take some time to be effective if the mother is not a long-winded and creative person, or even does not like very much to talk.

The positive effect of the interventions detected in the qualitative analysis was not supported by the quantitative analysis on infant physiological evolution when compared to the control group. Although the results have shown some tendencies toward the same direction, the reduced number of cases in the present study may be linked to the short effects found. It is suggested that others studies should be done with larger number of participants, and considering the mother's interest on doing one of the interventions.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A interação precoce mãe-bebê tem sido objeto de estudo de inúmeras investigações nas últimas décadas. Entre os fatores que afetam a interação precoce destaca-se a prematuridade do bebê, que traz dificuldades específicas para a interação mãe-bebê pelas particularidades inerentes à condição do recém-nascido pré-termo. A mãe tende a se sentir desamparada frente a um bebê frágil que precisa permanecer dentro de uma incubadora, necessitando de cuidados especiais.

Os problemas dos pré-termos têm sido amplamente reconhecidos e uma variedade de tipos de intervenções têm sido propostas visando melhorar suas condições físicas e emocionais. Neste sentido, o presente estudo tem por objetivo comparar os efeitos de dois tipos de intervenção, visando promover a qualidade da interação mãe-bebê pré-termo. Inicialmente, serão revisadas as principais características da prematuridade. Num segundo momento, serão examinadas as características da interação precoce mãe-bebê pré-termo. Por fim, serão revistos os estudos sobre diversos tipos de intervenções realizadas com bebês pré-termos.

Características da Prematuridade

Bebês que nascem com menos de 37 semanas de gestação (OMS) e pesando menos que 2.500 gms são considerados pré-termos (Beek & Geerdink, 1989; Mussen, Conger, Kagan & Huston, 1990). Na literatura, o termo prematuridade é ainda usado, embora tenha sido retirado da nomenclatura internacional em 1969 pela Organização Mundial da Saúde, já que prematuridade é freqüentemente associado com imaturidade (Beek & Geerdink, 1989). De acordo com estes autores, os humanos a termo, comparados com outros primatas, podem ser considerados prematuros em vários aspectos ao nascer, pois lhes falta, por exemplo, o poder muscular suficiente para manter o controle postural. Em geral, as crianças que nascem com menos de 37 semanas estão maduras para a idade gestacional, mas requerem mais assistência médica do que os bebês a termo para ajustarem suas funções vitais às demandas da vida extra-uterina.

O risco de mortalidade neonatal ou de deficiência é uma função da idade

gestacional e do peso do bebê ao nascer. Um bebê que é significativamente pré-termo e tem um peso muito baixo para sua idade gestacional enfrenta um risco mais sério do que um bebê da mesma idade gestacional que tem um peso apropriado para a idade (Mussen et al., 1990; Beek & Samson, 1994). Estes bebês pré-termos podem apresentar maior risco para o controle postural (muscular) e habilidades motora-finas (Piper, Byrne, Darrah & Watt, 1989). Em geral, os riscos para uma variedade de seqüelas no desenvolvimento são maiores para os bebês que pesam menos de 1500 gms ao nascimento (Battaglia & Simmons, 1978; Allen, 1984; citados por Mussen et al., 1990). Estes bebês têm sido denominados de bebês com Peso Muito Baixo (VLBW). Bebês com um peso ao nascer abaixo do décimo percentil na curva de crescimento padrão são chamados de pequeno para idade gestacional (PIG - Beek & Samon, 1994).

Bebês muito pré-termos, com 23 semanas de idade gestacional e com um peso de 500 gms, são hoje considerados viáveis em termos de desenvolvimento (Wolke, 1991). Alguns autores enfatizam que um baixo peso por si só diz pouco sobre a história obstétrica dos sujeitos (Beek & Samson, 1994). De qualquer modo, são estes pré-termos menores que tendem a ter um maior número de problemas médicos logo cedo e apresentam maior incidência de atraso no desenvolvimento e mais problemas na infância (Creasey, Jarvis, Myers, Markowitz & Kerkering, 1993). A idade gestacional, peso ao nascer e complicações médicas estão freqüentemente associadas. Quanto mais curta a duração gestacional e menor peso ao nascer, maior a probabilidade de complicações médicas adicionais (Gorga, Stern & Ross, 1985). Soma-se a isto diversas características parentais tais como o nível de educação materna e as circunstâncias sócio-econômicas da família que também contribuem para o desenvolvimento do bebê pré-termo (Sameroff & Chandler, 1975).

McGehee e Eckerman (1983) salientaram que a prematuridade pode afetar o desenvolvimento do sistema nervoso central com déficits perceptuais e de atenção. De acordo com os autores, dois fatores podem influenciar a habilidade do pré-termo para assimilar e responder a estímulos sensoriais: a idade gestacional e o grau das complicações médicas. O último pode incluir, por exemplo, a síndrome de estresse respiratório, hemorragia intraventricular e níveis de bilirrubina elevados (Klaus & Fanaroff, 1979).

Recentemente, progressos consideráveis têm sido feito nos cuidados de bebês extremamente pré-termos e nos bebês *intermediários*, aqueles que estão no meio dos limites da prematuridade. As idades gestacionais destes bebês variam entre 30 e 33

semanas, e seus pesos ao nascer estão pelo menos na média para suas idades - aproximadamente 1500 gms ou mais, com 30 semanas e 2000 gms ou mais com 33 semanas. Bebês pré-termos que atualmente recebem cuidados intensivos altamente especializados não somente sobrevivem como tendem a se desenvolver normalmente (Battaglia & Simmons, 1978; Allen, 1984; citados por Mussen et al., 1990).

Contudo, um bebê pré-termo de família de nível sócio-econômico baixo tende a apresentar maiores riscos de atrasos no desenvolvimento devido ao seu ambiente empobrecido (Sameroff & Chandler, 1975). Já o risco das gestantes de terem um bebê pré-termo é 50% maior entre os grupos com um nível socio-econômico baixo e entre minorias étnicas (Zahr, Parker & Cole, 1992). Por outro lado, crianças pré-termos que nascem em lares onde recebem cuidados físicos e psicológicos adequados mostram poucos prejuízos, a menos que tenham sido muito prematuras ou não recebam cuidados neonatal e pós-natal apropriados (Mussen et al., 1990).

Desde o nascimento do bebê pré-termo até a data inicialmente esperada para seu nascimento, os pré-termos são comparáveis com fetos da mesma idade gestacional. O repertório dos movimentos espontâneos e a qualidade destes padrões de movimentos mostram características similares tanto no útero como no ambiente extra-uterino (Prechtl, Fargel, Weinmann & Bakker, 1979). A mobilidade total declina depois das 36 semanas de idade pós-menstrual tanto no feto (Beek & Geerdink, 1989) como no pré-termo (Prechtl et al., 1979).

A maioria dos estudos corrige as idades para prematuridade, calculando a idade a partir da data esperada para o parto a termo. Fazendo isto, o desenvolvimento é como uma função da idade da concepção (Beek & Samson, 1994). No caso do desenvolvimento motor, resultados de diferentes estudos dão suporte para a validade do uso de idades corrigidas (Forslund & Bjerre, 1985).

Em uma revisão bibliográfica, Róiste & Bushnell (1996) encontraram que a prematuridade é um fator contribuinte para condições tais como: atraso no desenvolvimento, danos cerebrais, epilepsia e retardo mental; está associada com distúrbios em padrões de interação, déficits motor e sensorio, performance escolar pobre (como habituação mais lenta) e atraso no desenvolvimento da linguagem; performance mais pobre no teste WISC-R; além de um grande número de déficits intelectuais; déficits cognitivos e comportamentais.

Quando comparados com recém-nascidos a termo com a mesma idade, bebês pré-termos têm mais estados de sono desorganizados, um estado de atividade menor e

choro diminuído, e apresentam uma capacidade menor de serem consolados por estimulação de sucção (Ferrari, Grosoli, Fontana, Cavazzuti, 1983). Outros estudos mostraram que quando próximo da idade de um bebê a termo ou da alta hospitalar, os pré-termos apresentam-se menos em estados alertas, são mais difíceis de serem mantidos em estado de alerta, são menos responsivos à estimulação social (Goldberg, Brachfeld & DiVitto, 1980; Als, Duffy, & McAnulty, 1988) e emitem menos pistas comportamentais claras (Field, Hallock, Ting, Dempsey & Dabiri, 1978; Bakeman & Brown, 1980; Goldberg et al., 1980; Alfasi, Schwartz, Brake, Fifer & Fleischman, 1985; Minde, Perrota & Marton, 1985).

Quando o pré-termo saudável atinge a idade equivalente a um bebê a termo, ocorre uma redução da hipotonicidade e o nível de atividade tende a aumentar. Entretanto, tremores excessivos e sustos podem estar ainda presentes (Ferrari et al., 1983; Paludetto, Rinaldi, Mansi, 1984). Os estudos de Alfasi e cols. (1985) e Bakeman e Brown (1980), que compararam bebês a termo com bebês pré-termos de baixo risco que tinham nascido poucas semanas antes do esperado, também relataram menos estado de alerta e atividade motora no grupo de pré-termos, o que tendia a desaparecer um mês depois. Porém, tais estudos não corrigiram a idade dos bebês pré-termos, sugerindo que diferenças maturacionais podem ser a base destes resultados.

Contrário a estes achados, Paludetto, Mansi e Rinaldi (1982) não encontraram nenhuma diferença em auto-controle e habilidade para ser consolado entre pré-termos saudáveis quando em idade equivalente ao bebê a termo e recém-nascidos a termo. Segundo Beek e Samson (1994), tem se tornado claro que a explicação para diferenças entre o bebê pré-termo e o a termo depende não só das condições médicas do pré-termo, mas também da fase de desenvolvimento do bebê e da situação na qual a interação cuidador-bebê é examinada.

O bebê pré-termo não é simplesmente uma versão menor do recém-nascido a termo. Mesmo pré-termos saudáveis podem não adquirir completamente a flexão completa da postura dos bebês a termo (Carter & Campbell, 1975). Eles também mostram atividade mão-boca diminuída, possivelmente devido à flexão reduzida (Paludetto et al., 1984), como também fortes preferências para posicionar a cabeça para a direita a partir de 35 semanas (Precht et al., 1979). Esta tendência é similar à preferência do bebê a termo em deitar com a cabeça virada para a direita durante os primeiros dois dias de vida, uma postura não observada, pelo menos, na população de pré-termos doentes (Turkewitz, 1977; citado por Anderson, 1986).

Anderson (1986) apontou que os pré-termos doentes movem-se menos do que os de baixo risco e exibem posturas mais prolongadas. Já o grupo de bebês pré-termos mostraram desenvolvimento linear na faixa auditiva e visual. No estudo de *follow-up*, todos os bebês que tinham estado em respiradores mecânicos estavam desviantes na Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil à idade corrigida de 7 meses. As maiores diferenças no *status* neurocomportamental entre os bebês de baixo peso com 40 semanas de vida pós-concepção e os bebês a termo foram encontradas nas respostas de orientação auditivas e visuais. Contudo, Paludetto e cols. (1984) não encontraram progressos na orientação auditiva como função da idade. Respostas auditivas permaneceram em níveis semelhantes entre a idade de 35 e 44 semanas pós-concepção, sugerindo que o desenvolvimento auditivo é estabelecido cedo na vida.

Segundo alguns autores, além do monitoramento do nível de atividade do bebê pré-termo, deveria ser dada mais atenção para os estados de comportamento sono/vigília como um índice de maturação do sistema nervoso central. A desorganização do estado sono/vigília no período neonatal tem sido associada a dificuldades na interação pais-bebê e a problemas posteriores de desenvolvimento (Thoman, 1975; Thoman, Deneberg, Sievel, Zeidner & Becker, 1981).

Na medida em que a regulação de estados de vigília/sono é essencial para a expressão de comportamentos coerentes, um pobre controle destes estados pode tornar os pré-termos menos adaptados às demandas do ambiente pós-natal. Em outras palavras, a regulação destes estados pode agir como um parâmetro de controle para outros aspectos do desenvolvimento. Por exemplo, períodos de alerta prolongados e distintos incapacita a criança para interagir com sucesso com o ambiente. Ao contrário, a falta do comportamento de auto-controle resulta em choro mais persistente, inibindo desta forma alguns processos de desenvolvimento.

Os resultados do estudo de Prechtl e cols. (1979) mostraram que antes das 36 semanas de idade gestacional foram observados períodos curtos de olhos abertos que duravam até cinco minutos em pré-termos saudáveis. Após esta idade, tende a ocorrer períodos contínuos de olhos abertos similares àqueles observados em recém-nascidos a termo (Anderson, 1986).

A tranquilidade da transição de um estado para outro reflete a habilidade do bebê para modular e organizar o comportamento com o objetivo de interagir com o ambiente (Als, Tronick, Lester & Brazelton, 1979). No caso de bebês pré-termos a organização do estado comportamental destes bebês é imatura e menos organizada

(Gorski, Davison, & Brazelton, 1979). Ou seja, eles são menos capazes de orientar-se para o estímulo e permanecer mais tempo no estado desperto não alerta e em transição sono-para-acordar do que bebês a termo (Davis & Thoman, 1987). Por isto, tem sido sugerido que se façam intervenções que possam trazê-los para estados de comportamento que aumente suas habilidades interativas e fisiológicas (McCain, 1992).

Vários estudos mostraram que a sucção não-nutritiva tem efeitos positivos sobre a modulação de estado no bebê pré-termo. Vários estudos tem referido uma diminuição de atividades, do choro e da frequência cardíaca, características do estado alerta inativo, durante a sucção não-nutritiva (McCain, 1992).

Um outro problema com os bebês pré-termos é que eles se alimentam de modo menos eficiente do que os bebês a termo (Minde et al., 1985; Beek & Samson, 1994). Em função disto, eles necessitam freqüentemente de alimentação nasogástrica tanto para ganhar peso como para sustento da vida, experienciando a estimulação desprazerosa do tubo e uma oportunidade diminuída de sugar, a não ser que seja encorajada a sucção não-nutritiva. Com isto eles também acabam muitas vezes privados da sensação normal dos líquidos na boca (Anderson, 1986). A mudança da alimentação nasogástrica para oral é um passo fundamental e essencial para o crescimento e desenvolvimento do bebê em termos neurológico e para a alta do hospital (McCain, 1992). Quanto mais cedo isto é alcançado, mais cedo o bebê experiencia a alimentação normal e se engaja em seqüências de interação com a mãe ou atendente, estendendo com isso seu repertório de comportamento e exploração do ambiente. É também mais confortante para os pais saberem que seu filho pode receber uma alimentação 'normal' (Róiste & Bushnell, 1996).

Por isto, facilitar o estado de alerta inativo (ex. acordado e quieto) antes da alimentação oral pode facilitar a transição da alimentação passiva, um pré-requisito para alta. Além disto, como o estado alerta inativo foi descrito por Anderson e cols. (1990) como associado a frequências cardíacas menores do que o estado alerta ativo (ex. acordado em movimento). Isto sugere que o estado alerta inativo pode resultar em menos gasto de energia e mais ganho de peso.

Em idade a termo, os bebês pré-termos demonstram mais freqüentemente uma resposta do tipo *tudo ou nada* quando manipulados do que os recém-nascidos a termo (Telzrow, Kang, Mitchell, Ashworth & Barnard, 1982; Ferrari et al., 1983). Eles dormem com mais freqüência, mas uma vez despertados podem tornar-se altamente ativos e começar a chorar. Eles tendem a permanecer por mais tempo nestes níveis de alta-

atividade, durante os quais realizam pobremente o comportamento de auto-controle, ou seja, de voltar ao estado quieto.

Como pode ser visto pelos estudos acima, o bebê pré-termo tende a apresentar diversos déficits perceptuais, cognitivos e de comportamento quando comparado com um bebê a termo. Contudo a intensidade destes déficits vai depender não só da sua prematuridade, do seu peso, mas também das eventuais complicações clínicas. Afora estes fatores que estão associados ao próprio bebê, é também muito importante para o desenvolvimento do pré-termo, o seu ambiente imediato.

A influência do ambiente neonatal no desenvolvimento do pré-termo

As estratégias de intervenção para bebês pré-termos tem sido há muito tempo baseadas na suposição de que eles sofrem de privação sensorial na incubadora, com relação ao feto no líquido amniótico e o recém-nascido que recebe mais estimulação de seu cuidador (Beek & Geerdink, 1989). A premissa subjacente de tais programas de intervenção é que o pré-termo deixa de receber a estimulação tátil essencial devido a sua partida antecipada do útero e o conseqüente cuidado em uma unidade de tratamento intensivo, a qual tem sido descrita como promovendo estimulação inapropriada para o estágio de desenvolvimento do bebê pré-termo (Barnard & Bee, 1983).

Na verdade, alguns estudos têm mostrado que os bebês não são privados sensorialmente, mas ao invés disso, são vistos como sendo bombardeados com padrões de estímulos dissociados. Pouco do ambiente sensorial do bebê é contingente com seu próprio comportamento como por exemplo: níveis excessivos de barulho (Gottfried, 1981; Blanchard, 1991); utilização de luz sem ciclos diurnos e noturnos (Blanchard, 1991); manuseio com posições variadas e procedimentos médicos dolorosos, como punções nos dedos e pés (Róiste & Bushnell, 1996). Tudo isto tem sido associado com um alto estresse para o bebê pré-termo (Blanchard, 1990).

Neste sentido, os bebês pré-termos podem estar sendo super-estimulados, ao invés de subestimulados pelos cuidados nas UTIN (Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal) tradicionais (Lawson, Daum & Turkewitz, 1977; Als, 1982; Gottfried, 1985). Anderson (1986) também indicou que níveis de estimulação auditiva tendem a ser extremamente altos e potencialmente prejudiciais nas UTIN. Além disto, as experiências táteis do bebê pré-termo na UTIN pode ser inconsistentes, desprazerosas e

dolorosas (Newman, 1981). Estimulações dolorosas produzidas por testes de sangue, tubos intravenosos e outros procedimentos podem causar respostas de retirada e angústia, tais como olhos fechados com força e caretas. Tais estimulações nocivas promovidas na UTIN não são encontradas no ambiente familiar.

Os bebês em respiradores ou com tubos intravenosos inseridos em seu pescoço ou cabeça são freqüentemente mantidos em posições supina (barriga para cima) ou de lado, e assim podem ser privados de deitar de bruços (barriga para baixo), a posição considerada melhor para o desenvolvimento do controle inicial da cabeça. A estimulação vestibular pode ser reduzida pela posição estática por períodos prolongados ou como um resultado do 'segurar no colo' ou 'balanço' diminuídos durante a fase aguda dos cuidados (Anderson, 1986).

Respostas de orientação também não são reforçadas consistentemente nas UTINs. Experiências sensoriais descoordenadas podem não promover a oportunidade de integrar as informações sensório-motoras do ambiente (Anderson, 1986). Segundo Barnard (1981), o tempo total de cuidados dirigidos ao pré-termo, definido como qualquer contato tátil desde segurar, alimentar, troca de fraldas ou intervenção técnica, é diariamente um terço menor na UTIN do que o tempo dirigido ao bebê a termo cuidado em casa.

Durante a fase aguda do tratamento médico do bebê pré-termo, muito manuseio pode ser contra-indicado devido à necessidade do bebê de descansar e conservar energia. Por outro lado, os cuidados durante esta fase podem ser irregulares de acordo com as necessidades fisiológicas do pré-termo (Anderson, 1986). Mesmo com a implementação de um programa de enfoque primário para o cuidador, a continuidade do cuidado é, algumas vezes, difícil de manter. O ambiente da UTIN tende a não oferecer cuidados consistentes com o que o bebê necessita para organizar os padrões de sono e vigília. Ciclos de dia e noite não são delimitados e fica difícil para se estabelecer um manuseio consistente e padrões de interações adequados. O bebê da UTIN acaba tendo que se adaptar às necessidades do ambiente já que o cuidador geralmente não se ajusta aos estados cíclicos do bebê pré-termo (Anderson, 1986). Bender (1990) apontou para os inúmeros estilos dos cuidadores ao manusear o bebê pré-termo, sugerindo que isto pode atrasar a capacidade do bebê para construir uma imagem consistente de seu ambiente.

O ambiente da incubadora permite interações táteis positivas reduzidas, que só são minimizadas com a visita parental extensiva (Newman, 1981; Gottfried, 1981).

Tônus postural ativo reduzido e movimento espontâneo reduzido podem causar diminuição da exploração tátil por parte do bebê. Além disso, medicação como fenobarbital para desordens cerebrais tende a produzir letargia e movimento exploratório reduzido. Um outro dado interessante é que a vocalização tende a diminuir com o número de dias na UTIN. Na alta hospitalar, os bebês pré-termos tendem a estar totalmente silenciosos, a não ser que sejam estimulados por um adulto ou um estímulo adverso (Anderson, 1986).

Uma alta proporção de crianças nascidas prematuramente mostra algum grau de incapacidade para aprendizagem que não pode ser claramente relacionado com a presença de problema cerebral conhecido (Cohen & Parmalee, 1988). Tem sido sugerido que o nascimento prematuro por si só tem conseqüências importantes para o subsequente desenvolvimento neural (Duffy, Mower, Jensen & Als, 1984). Alguns dos problemas médicos e de desenvolvimento resultantes do nascimento prematuro surgem da dificuldade do organismo imaturo em se adaptar ao ambiente fora do útero (Als, 1989; Gorski, Huntington & Lewkowicz, 1990). Em função disto, tem sido sugerido que no atendimento ao pré-termo seja dada importância não só ao manejo do seu ambiente sensorio, incluindo seus aspectos físicos e sociais, mas também no manejo de seus cuidados médicos (Blanchard, 1991). Tem sido sugerido que o ambiente do pré-termo deveria ser monitorado e controlado como um todo e que as modalidades sensorias não necessitam ser separadas uma das outras (Gottfried, 1981; Duffy et al., 1984; Turkewitz & Kenny, 1985; Gorski et al., 1990).

Holmes, Nagy e Slaymaker (1982) encontraram que o pré-termo e o bebê a termo que necessitavam de cuidados intensivos apresentaram um desempenho mais pobre do que os bebês a termo saudáveis nos itens motor e interativo da Escala de Brazelton sem considerar a idade gestacional. Além disso, os três grupos com hospitalização prolongada (pré-termos e a termo na UTIN e a termo saudáveis hospitalizados em função de doença materna) tiveram um desempenho mais pobre do que o grupo controle no item organização do estado. Uma interpretação possível para estes achados é que os problemas de organização comportamental do pré-termo podem ser atribuídos não somente à prematuridade, mas também à gravidade das complicações médicas, à hospitalização prolongada e às influências de fatores ambientais. Estas hospitalizações longas e difíceis podem ter um efeito prejudicial no desenvolvimento perceptual, motor, linguagem, e emocional dos bebês independente de sua prematuridade.

Alguns bebês pré-termos podem ser bem sucedidos em se 'desligar' de estímulos desprazerosos, enquanto outros tornam-se habituados a estímulos nocivos repetitivos (Anderson, 1986). Outros ainda podem ficar a mercê do ambiente sensorial devido a seu sistema nervoso central menos organizado ou devido a diferenças individuais de temperamento. Segundo Anderson, estímulos sensoriais têm impacto sobre as interações motoras e comportamentais do pré-termo; estas experiências iniciais acabam afetando o delicado sistema de interações entre o bebê e seus pais.

Interação pais-bebê pré-termo

Diversos estudos têm apontado que as mães de bebês nascidos pré-termos têm que se adaptar a um bebê que não preenche suas expectativas de "bebê ideal" e cujo nascimento precipita uma situação de crise (Chatwin & Macarthur, 1993). Na verdade, o nascimento de uma criança pode ser um evento estressante mesmo em circunstâncias normais.

Muitos dos estudos empíricos que têm explorado os efeitos da separação no vínculo e apego mãe-bebê têm utilizado medidas comportamentais tais como proximidade de procura, comportamento alimentar, frequência do contato através do olhar, toque e abraço. Estes são alguns dos muitos comportamentos que interferem necessariamente no cuidado intensivo do bebê pré-termo (Niven, Wiszniewski & Alroomi, 1993).

O nascimento prematuro de um bebê afeta a interação pais-bebê, pois ele tem conseqüências tanto sobre a vivência dos pais como sobre a organização das condutas do bebê (Lebovici, 1987; Barratt, Roach & Leavitt, 1992). O "período perinatal" é uma época quando muitas percepções maternas e padrões interacionais estão em formação. Estes padrões podem ter um efeito duradouro sobre o futuro desenvolvimento do bebê na medida em que as percepções da mãe com relação a seu bebê modificam seu comportamento para com este bebê (Chatwin & Macarthur, 1993). Além disto, a maneira como ela interage com seu bebê irá em parte influenciar o comportamento do bebê em relação a ela.

As mães de pré-termos tendem a apresentar sentimentos de desapego, culpa, perda e de que o bebê não é realmente delas (Niven et al., 1993). Embora estes sentimentos sejam bastante comuns entre estas mães, eles tendem a passar com o tempo.

O nascimento de um bebê pré-termo é freqüentemente fonte de angústia: a mãe sai da clínica ou do hospital sem levar o bebê para casa, ela não terá muitos motivos para festejar este nascimento e provavelmente terá menos visitas de amigos vindos para felicitar os jovens pais (Lebovici, 1987; Niven et al., 1993). Frustrada, a mãe é exposta a se sentir ferida em seu narcisismo por não ter podido levar a termo sua gestação. O nascimento prematuro da criança pode representar a confirmação de suas fantasias de castração - ela deu à luz a um bebê “não concluído”, “incompleto” (Lebovici, 1987). Na medida em que mãe e os pais sentem-se responsáveis pela prematuridade do bebê, confirmando seus temores fantasiosos de não ser capazes de ser pais, eles podem vivenciar sentimentos de culpabilidade. De acordo com Lebovici, o parto prematuro pode ativar na mãe as fantasias de que seu interior é perigoso e hostil para o bebê que aí se encontra. Nos casos em que o funcionamento mental materno é mais projetivo, o próprio bebê pode ser considerado, segundo Lebovici, como aquele para a qual a infelicidade chega, quando seria a felicidade que deveria ser esperada.

Na verdade, o nascimento de um bebê pré-termo é um evento muito estressante. Física e psicologicamente, o processo de gestação de nove meses é interrompido abruptamente e os pais sentem-se tipicamente despreparados para o nascimento (Hughes & McCollum, 1994). Soma-se a isto os efeitos da separação dentro do próprio hospital, com a mãe sendo cuidada em uma unidade e o bebê em outra. A separação devido ao fato da mãe ir para casa e o bebê ter de permanecer no hospital leva a sentimentos ainda maiores de perda. Entretanto, os fatores mais fortemente associados à perturbação no apego pais-bebê, são os medos a respeito da sobrevivência do bebê e a impossibilidade de cuidados normais (Niven et al., 1993).

O parto prematuro agrava a dor associada à separação mãe-feto que ocorre com todas as mães no parto (Lebovici, 1987). Na verdade, como lembra Lebovici, o parto é prematuro tanto para a mãe quanto para o bebê. Neste contexto, freqüentemente ambos os pais consideram-se excluídos do que seria uma experiência muito gratificante depois de meses de gravidez (Chatwin & Macarthur, 1993).

Esta primeira separação, física, é amplificada de maneira considerável, segundo Lebovici (1987), por uma “segunda” separação, já mencionada acima que é: o fato do bebê, muitas vezes, estar em uma outra sala, em uma incubadora, quando não é transportado a um outro hospital, por vezes a outra cidade. Além disso, como enfatizou Anderson (1986), um período de recuperação prolongada tem enormes conseqüências na interação inicial mãe-bebê. A separação imediatamente depois do nascimento atrasa

a iniciação do processo de apego para díades mãe-bebê (Niven et al., 1993).

A situação de separação forçada aumenta os sentimentos dos pais de serem inúteis porque eles ficam incapazes de responder ou interagir com seu bebê do modo como a maioria dos pais tipicamente interage (ex. ‘ninando’, falando, etc). Na verdade, nas oportunidades para interagir com o bebê pré-termo, as ações dos pais podem ter um efeito oposto ao desejado quando, por exemplo, o bebê mostra sinais de desconforto frente à interação. Conseqüentemente, os pais ficam confusos e às vezes ainda mais ansiosos do que antes (Hughes & McCollum, 1994).

Assim, a interação mãe-bebê pré-termo é imediatamente perturbada. Em casos mais graves ela é, inclusive temporariamente suprimida em função do bebê e os pais estarem separados em razão da imaturidade fisiológica do recém-nascido, da necessidade de pô-lo numa incubadora ou de realizar outros cuidados médicos (Miles & Carter, 1983; Lebovici, 1987; Miles, 1989). Dentro deste contexto, a natureza altamente técnica e intrusiva do ambiente da UTIN pode exacerbar a ansiedade parental (Hughes, McCollum, Sheftel & Sanchez, 1994). O corpo técnico da instituição que toma conta do bebê tende a aparecer aos olhos dos pais como os únicos capazes de tocar, pegar e nutrir o bebê, enquanto eles próprios, “não autorizados” a fazê-lo, podem sentir-se inseguros e perigosos ao realizarem estas atividades. Os médicos e os enfermeiros aparecem muitas vezes na fantasia dos pais como os verdadeiros “pais” do bebê, sobretudo à medida que aumenta a permanência do bebê na UTIN. Segundo Lebovici (1987), o pai e a mãe podem experimentar a situação fantasiosa infantil, na qual somente seus próprios pais tinham podido conceber e dar a vida. Apesar de serem capazes de segurar e cuidar de seus bebês no hospital, muitos pais aparentemente não sentem que o bebê é ‘realmente deles’ ou que eles são ‘verdadeira mãezinha’ até o bebê ir para casa (Niven et al., 1993).

Os pais não estão somente lidando com uma situação aguda de cuidados com a saúde do bebê, mas também necessitam manejar outros aspectos de suas vidas relacionados ao nascimento prematuro (Hughes & McCollum, 1994). Embora os estressores externos geralmente são desconhecidos do pessoal da UTIN, eles podem estar influenciando as percepções parentais e interações na unidade. Os irmãos do bebê pré-termo são comumente banidos da UTIN. Hughes e McCollum (1994) mostraram, por exemplo, que muitos pais tinham dificuldades para encontrar uma creche para deixar seus filhos enquanto visitavam seu bebê pré-termo. Outros mencionaram o fato de seus filhos terem de ficar desatendidos em uma recepção do hospital enquanto visitavam seus bebês na UTIN. Além disto, Paludetto, Faggiano-Perfetto, Asprea,

DeCurtis e Magarro-Paludetto (1981) verificaram, que ao contrário do esperado, a visita irrestrita inicialmente parecia causar estresse para alguns pais. Só gradualmente, os pais superavam estas tensões iniciais através da exposição ao ambiente neonatal e envolvimento nos cuidados do bebê.

Outro fator estressante externo mencionado por muitos pais inclui suas interações com adultos de suas relações. Muitos pais relataram que a família e amigos não entendiam a situação pela qual eles estavam passando (Hughes & McCollum, 1994). Por sua vez, muitos pais mencionaram que devido à gravidade e diversidade da situação, eles tinham dificuldades para explicar o que estava acontecendo. De qualquer modo, diversos estudos mostraram que os pais tendem a lidar com a situação de prematuridade de seus bebês procurando suporte social, conversando e discutindo com outros membros de suas relações (Crnic, Greenberg, Robinson & Ragozin, 1984; Affleck et al., 1990; Hughes & McCollum, 1994). Em adição à ajuda social, aproximadamente um terço dos pais e mães relatou que eles tendem também a recorrer a religião (Hughes et al., 1994).

A situação difícil na qual se encontram os pais é complicada pelo fato de que o bebê pré-termo está sujeito a diferentes perturbações médicas e notadamente à angústia respiratória (Lebovici, 1987; Beek & Samson, 1994). O fato de que o pré-termo seja por vezes, ou predominantemente, doente se acrescenta à preocupação dos pais confrontados desde o nascimento do pré-termo com a angústia da morte de seu bebê (Affleck, Tennen, Rowe, & Higgins, 1990). A respiração mecânica, infusão intravenosa e o equipamento de monitoramento são fontes de muita ansiedade, preocupação e medo por parte dos pais (Yu, Jamieson, & Astbury, 1981; citado por Hughes & McCollum, 1994). De fato, a variabilidade no estado físico do pré-termo, associada à possibilidade de complicações clínicas ou mesmo à morte, são fatores adicionais que podem aumentar a ansiedade parental (Hughes & McCollum, 1994).

Os pais dos pré-termos evidenciam por vezes receio perfeitamente justificado e sentem-se desorientados quanto à forma de estabelecer uma relação com seu bebê. Como o seu bebê está doente e muitas vezes dependente de tecnologia avançada, os pais chegam à conclusão de que a forma mais habitual de cuidar de seus filhos e de demonstrar afetividade não é possível nesta situação (Goodfried, 1993). Isto tende a exacerbar o seu afastamento do bebê. Compreender as necessidades de afeto e aproximação de uma criança pré-termo é mais difícil do que no caso da criança a termo. Muitas vezes o pré-termo está ligado a respiradores, não podendo chorar, chamar a

atenção ou mesmo olhar. Segundo Goodfried, isto é particularmente importante tendo em vista que o choro e o olhar constituem os sinais de proximidade que mobilizam os pais ou seus substitutos.

A percepção de estresse por parte da mãe e do pai em decorrência do nascimento de um bebê pré-termo são diferentes (Hughes & McCollum, 1994). Segundo estes autores muitas mães relataram que a saúde física e emocional do bebê impediam-na de fazer várias das tarefas que elas faziam antes do parto. Os dados mostraram ainda que as mães investigadas classificaram a experiência do bebê na UTIN como mais estressante quando comparada com a classificação feita pelos pais. Isto não é surpreendente dado que as mães estão mais próximas desta experiência através da gestação, do nascimento e processo de recuperação pós-parto.

Miles (1989) investigou os aspectos físicos e psicossociais da UTIN que eram identificados pelos pais como estressantes durante a hospitalização de seus bebês. Os pais completaram uma escala, na qual eles classificavam vários aspectos do ambiente neonatal. Os resultados mostraram que a dimensão classificada como a mais estressante foi a aparência e comportamentos do bebê, seguindo pela alteração nos papéis dos pais. A comunicação com a equipe, as luzes e os barulhos da UTIN foram classificados como dimensões menos estressantes para eles.

Como foi enfatizado anteriormente, as características físicas e comportamentais do bebê podem afetar muito as expectativas parentais. Soma-se a isto as eventuais complicações médicas potenciais, além da intrusividade do ambiente da unidade de tratamento intensivo neonatal que tende a exacerbar a ansiedade parental. Enquanto a maioria dos bebês que recebe alta da UTIN é normal em termos físicos e de desenvolvimento, a incidência de condições deficientes aumentam na medida em que o peso e a idade gestacional são baixas e na medida em que a gravidade da doença neonatal/perinatal aumenta (Hughes & McCollum, 1994). Estes fatores colocam o bebê em risco, já que ninguém é capaz de prever com certeza os resultados do seu desenvolvimento. De modo geral, uma atmosfera de antecipação e incerteza prevalece, criando estresse para muitos pais.

Alguns autores têm apoiado a idéia de que as mães, que não se sentem prontas para levar seus bebês para casa, podem estar apresentando uma dificuldade importante em estabelecer e manter um relacionamento com seus filhos e podem apresentar percepções inapropriadas do bebê (McHaffie, 1990).

O estudo de Niven e cols. (1993) mostrou que o apego dos pais era diferente

qualitativa e quantitativamente quando o bebê ia para casa. Era como se suas vidas em família realmente começassem. Não importava quanto próximos ao bebê eles haviam se sentido enquanto ele estava no hospital. Segundo os autores, naquele contexto havia sempre algum senso de irrealidade que terminava quando o bebê ia para casa.

Tanto o comportamento do bebê como o da mãe dependem da história médica do bebê. Mas mesmo na ausência de complicações médicas, os pais ficam muito angustiados com o nascimento prematuro. Entretanto, depois que o bebê vai para casa, eles tendem a ficar mais relaxados (Beek & Samson, 1994). Segundo os autores isto não ocorre com pais de bebês de alto risco com complicações médicas mais graves, que permanecem angustiados por muito mais tempo. No caso destes bebês, Affleck e cols. (1990) mostraram que seis meses após a alta, as mães de bebês pré-termos doentes descreveram suas memórias da hospitalização de seus bebês na UTIN como mais dolorosa do que aquelas cujos bebês não eram doentes.

Goldberg, Brachfeld e Divitto (1980) revisaram estudos que compararam a interação pais-bebês em pré-termos e em bebês a termo no momento de sua saída do hospital. Os dados mostraram que os bebês pré-termos eram menos capazes de estar em estado de vigília calma e atenta e menos capazes de responder aos sinais do ambiente que os bebês nascidos a termo. Além disso, a organização de sua coordenação motriz e da modulação de seus estados de vigília eram mais medíocres; seus movimentos eram interrompidos, mais amplos, e eles passavam muito facilmente do sono aos choros e vice-versa. Por outro lado, os pais dos pré-termos pareciam menos ativamente engajados nos cuidados dos bebês que os pais dos recém-nascidos a termo. Além disto, ocorriam menos contatos corporais entre os pais e seus bebês, menos episódios de interação face a face, menos sorrisos e menos vocalizações dos pais no caso dos pré-termos. Na verdade, apesar dos esforços dos pais para entrar em interação com os bebês pré-termos, estes respondiam com menos frequência e menos ativamente do que os bebês nascidos a termo. De qualquer modo, as observações posteriores sugeriram que os pais dos pré-termos tendiam a ser mais ativamente ligados aos pré-termos, particularmente os que apresentaram problemas de saúde. Os autores assinalaram ainda que as diferenças entre pré-termo e a termo tendiam a diminuir ao longo dos meses com os pais do grupo pré-termo tornando-se cada vez mais ativos. Neste sentido, Goldberg (1988) sugere que o padrão de interação considerado “normal” para bebês a termo é adiado nos pares de pré-termos.

Vários estudos revisados por Goldberg (1988) mostraram que os pais de bebês

pré-termos com problemas iniciais mais sérios esforçavam-se mais do que aqueles de bebê a termo para interagir com seus bebês. Na maioria dos estudos isto ocorria apesar da presença de um bebê menos responsivo e menos ativo nas díades mãe-bebê pré-termo. Isto sugere que os pais se adaptam ao pré-termo menos responsivo investindo mais esforços na interação.

Quando do nascimento de um pré-termo, os pais são confrontados com um bebê que é relativamente imaturo e pode não ter desenvolvido comportamentos sociais disponíveis no bebê a termo, entre eles, aqueles que levam o adulto a cuidar do bebê (Goldberg, 1988). Os pré-termos olham menos para suas mães (Field, 1982; Crnic, Ragozin, Greenberg, Robinson & Basham, 1983; Malatesta, Grigoryev, Lamb, Albe, & Culver, 1986; Beek & Geerdink, 1989); mostram mais olhares fixos de aversão (Crnic et al., 1983; Beek & Samson, 1994); mostram menos expressões faciais positivas e mais expressões negativas (Field, 1982; Crnic et al., 1983; Malatesta et al., 1986); vocalizam menos (Field, 1982; Beek & Samson, 1994); e mostram menor habilidade motora, tal como controle postural e alcance (Gorga et al., 1985; Beek & Samson, 1994) do que os bebês a termo da mesma idade pós-concepcional. Vários destes fatores desempenham um papel importante na interação pais-bebê pré-termo. Frente a estas diferenças descritas acima, não é surpreendente que pais de pré-termos percebam suas crianças como sendo mais difíceis para se interagir.

Vários estudos mostram que as mães de bebês pré-termos seguram mais seus bebês, são mais estimuladoras e vocalmente responsivas durante o brinquedo livre do que mães de bebês a termo (Crnic et al., 1983; Barratt et al., 1992). Estes estudos indicam que mães de pré-termos podem estar tentando aumentar o baixo nível do comportamento do seu bebê ao promover intencionalmente um programa compensatório delineado para ajudar seus bebês a terem êxito (Crnic et al., 1983; Barratt et al., 1992). Como consequência, os pré-termos tendem a aumentar sua responsividade vocal e afetiva. Neste sentido, os esforços extras feitos pelas mães dos pré-termos para responder aos sinais comunicativos de seus bebês representam adaptações sensitivas e apropriadas por parte das mães e aumentam o potencial de interação de seus bebês (Barratt et al., 1992).

O bebê normalmente competente ajuda os adultos a serem pais efetivos ao se fazerem compreender, sendo predizíveis e responsivos. As sinalizações do bebê facilitam para que o cuidador entenda quando o bebê está cansado, com fome, etc. Embora haja alguns bebês que são mais fáceis de serem compreendidos do que outros,

isto depende não só dos comportamentos do bebê mas também da habilidade do adulto em reconhecer estes padrões de comportamento (Goldberg, 1988). Segundo Barratt e cols. (1992), as mães tendem a regular seus comportamentos, visando manter um nível de alerta ótimo nos seus bebês enquanto estes participam do processo de regulação mútua ao enviar sinais e ao responder ao comportamento das mães. O bebê é capaz de “controlar” a apresentação de estímulos ao usar a atenção seletiva. Assim, o bebê normalmente competente desempenha um papel ao estabelecer contatos e interações com adultos que promovem as condições necessárias para o crescimento e desenvolvimento.

Os comportamentos dos bebês tais como olhar, vocalizar, sorrir e chorar têm sido identificados como sinais potentes em eliciar atenção e cuidados maternos (Bowlby, 1969) e responsividade maternal contingente a tais sinais tem sido reconhecido como um contribuinte crítico para desenvolver competência infantil (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Coates & Lewis, 1987).

Quando o comportamento do bebê ou do adulto não corresponde ao esperado surgem comumente dificuldades no estabelecimento de interações sociais gratificantes. Neste contexto, o nascimento prematuro é uma situação particular na qual as habilidades interativas de ambos os pais e bebê são dificultadas (Goldberg, 1988). No estudo de Barratt e cols. (1992), uma avaliação quantitativa do comportamento interativo durante o brinquedo livre indicou que o pré-termo vocaliza menos freqüentemente e gasta menos tempo olhando para sua mãe do que bebês a termo. Por outro lado, as mães de pré-termos saudáveis foram caracterizadas por níveis mais altos de atenção, responsividade afetiva e vocal do que mães de bebês a termo.

Para Beek e Samson (1994), um possível fator que contribui para as dificuldades de interação entre pais e bebê pré-termo são as dificuldades na regulação do poder muscular em bebês pré-termos. Quando comparados com bebês a termo, os pré-termos demonstram hiper e hipotonia mais freqüentemente (Ferrari et al., 1983) e maiores discrepâncias entre o tônus das extremidades superiores e inferiores (Telzrow et al., 1982; Gorga et al., 1985) o que tende a dificultar a tarefa de segurar o bebê.

Juntos estes estudos sobre bebê pré-termo sugerem a imagem de um bebê menos gratificante, com quem a comunicação é mais difícil de ser estabelecida, que responde menos às mensagens que recebe, e que exige mais esforços por parte dos pais. Por sua vez, os pais precisam mais freqüentemente apaziguá-lo e/ou estimulá-lo para acordá-lo e devem superar os temores fantasiosos ligados às conseqüências da prematuridade

quanto ao futuro da criança (Lebovici, 1987).

Neste sentido, tanto os pais como os bebês pré-termos são comumente parceiros sociais menos habilidosos do que os bebês a termo, porque o desenvolvimento de capacidades interativas estão perturbadas e porque eles tem somente oportunidades limitadas para conhecerem-se (Goldberg, 1988; Beek & Samson, 1994). Além disto, durante a estadia no hospital, os pais de bebês pré-termos sentem-se culpados, têm pouca auto-confiança e falta de sentimentos de competência (Affleck et al., 1990). Ordinariamente, uma díade interativa na qual um membro tem competência limitada pode funcionar efetivamente se o parceiro for capaz de compensar as habilidades inadequadas e inexistentes. No caso do bebê pré-termo, devido ao seu repertório limitado e pouco flexível, a responsabilidade por tais ajustamentos compensatórios recai necessariamente sobre os pais (Goldberg, 1988). Mesmo após a alta hospitalar, os pais podem ficar ainda muito ansiosos sobre o desenvolvimento de seu bebê pré-termo, o que resulta na denominada síndrome da 'criança vulnerável' caracterizada por pais superprotetores (Beek & Samson, 1994).

Todas estas dificuldades associadas ao nascimento de um bebê pré-termo talvez expliquem pelo menos parcialmente o fato de que os bebês pré-termos sejam super-representados na população das crianças vítimas de sevícias e das crianças apresentando um retardamento do crescimento de origem não-orgânica (Lebovici, 1987); além de abuso infantil e fracasso no desenvolvimento (*failure to thrive*), que tem como característica subjacente a baixa qualidade de interação entre pais e bebê (Róiste, Bushnell & Burns, 1995). Embora a prematuridade não seja um fator que predispõe ao desenvolvimento do quadro clínico denominado Alteração do Relacionamento Afetivo da Infância (DSM-IV), a separação precoce dos cuidadores principais que marcam e caracterizam os primeiros meses de vida de muitas crianças pré-termos podem se constituir num fator que contribui para o referido quadro (Goodfried, 1993).

Apesar de todos os problemas mencionados acima decorrentes da prematuridade não se pode concluir que todas as díades mãe-pré-termo venham a apresentar dificuldades acentuadas de interação (Lebovici, 1987). Ao contrário, a grande maioria chega a estabelecer uma interação harmoniosa, pois o bebê, como a mãe, possuem mecanismos capazes de lutar contra as dificuldades iniciais. O estudo de Niven e cols. (1993), que investigou o apego ou vínculo da mãe ao seu bebê pré-termo, não mostrou evidências de que a separação e a falta de contato físico após o nascimento do pré-termo levasse a uma perturbação permanente no apego. Ao contrário, os autores sugeriram que

o apego materno que tende a ser perturbado ou adiado por numerosas dificuldades associadas com o nascimento prematuro pode eventualmente ser estabelecido satisfatoriamente. Szajnberg, Ward, Krauss e Kessler (1987) enfatizaram que, mesmo antes de um extenso contato, a mãe de um pré-termo está preparada para ser sensível, e não precisa necessariamente aprender isto a partir do *feedback* do bebê.

Apesar disto, obviamente a prematuridade permanece como um fator de risco para as dificuldades interativas (Lebovici, 1987). O conhecimento dos fatores de risco e a análise dos mecanismos pelos quais eles produzem seus efeitos abrem numerosas possibilidades de ação preventiva como será revisado a seguir. Estes esforços preventivos são justificados através de diversos estudos que têm mostrado que o melhor indicador prognóstico, em casos de prematuridade, é a qualidade da interação mãe-bebê (Sameroff & Chandler, 1975).

Intervenções precoces com o bebê pré-termo

Estudos de intervenção preventiva para bebês pré-termos têm apresentado resultados variáveis de acordo com Nurcombe (1984), dependendo da intensidade, da duração e do tipo de intervenção, bem como de critérios para avaliar resultados, os quais, em parte, dependem do modelo teórico de desenvolvimento do pesquisador.

Por exemplo, existem vários estudos examinando se os bebês pré-termos deveriam ser tocados, e se sim, a maneira pela qual isto deveria ser feito. Adamsom-Macedo e Attree (1994) enfatizaram o quanto imperativo é definir cuidadosamente o estímulo a ser usado com o pré-termo, visando desenvolver um método sistemático de estimulação destes bebês em suas incubadoras.

Alguns programas têm evitado estimular o pré-termo no sentido de ‘despertá-lo’, mas, ao contrário, buscam acalmá-lo, promovendo um padrão de estimulação previsível para o bebê pré-termo (Mann, Haddow, Stokes, Goodley & Rutter, 1986).

Existem dois enfoques gerais para a administração de estimulação. Em um deles, modalidades diferentes de estimulações sensoriais são aplicadas separadamente, prestando-se pouca atenção ao ambiente e à experiência sensorial do bebê pré-termo hospitalizado (White & Labarba, 1976; Barnard & Bee, 1983). No segundo enfoque, busca-se estruturar o ambiente e os procedimentos de cuidados com base na avaliação detalhada do nível de funcionamento do bebê no ambiente extra-uterino (Als, 1986; VandenBerg, 1990).

Quando se programa uma intervenção na unidade de tratamento intensivo, a quantidade e tipo de estimulação deveria ser graduada para as necessidades de cada bebê (Blanchard, 1990). Segundo o autor, a avaliação da tolerância fisiológica, o tônus muscular, padrões de movimentos, temperamento e nível de responsividade do pré-termo são fatores que contribuem para definir as características da intervenção e devem ser constantemente monitorados durante todo o processo de intervenção. A estimulação mais bem sucedida, segundo Beek e Geerdink (1989), para os bebês pré-termos, parece ser aquela que promove padrões e contingências, ou seja, constitui-se em uma reação apropriadamente calculada para o comportamento da criança. Lewis e Goldberg (1969; citado por Beek & Samson, 1994) sugeriram que experiências de contingência iniciais durante a interação social capacita o bebê a formar expectativas em direção à motivação para exploração, aprendizagem e prática de novas habilidades.

Contudo, nem todos os bebês pré-termos necessitam de intervenção. Instrumentos diagnósticos deveriam ser desenvolvidos para melhorar a avaliação dos bebês e pais que realmente necessitam de intervenção (Beek & Geerdink, 1989). Isto é importante, dado que a intervenção pode ser contraprodutiva nos casos em que muitas instruções podem perturbar os cuidados intuitivos dos cuidadores. Além disso, resultados desviantes do desenvolvimento não são encontrados em todos os pré-termos. É possível que pais sejam capazes de promover compensação para as possíveis dificuldades que o pré-termo experiencia, sem nenhuma intervenção de pesquisadores. De fato, como enfatizam Beek e Geerdink, muito pode-se aprender com estes pais.

Afora estes casos específicos, o atendimento dos pais nos serviços de neonatologia pode ter um potencial benéfico para que eles possam estabelecer uma relação afetiva com o bebê. Uma escuta dos pais permite compreender a natureza de seus temores e ajuda a não dramatizar certas situações. Diversas dificuldades tocantes à angústia e à culpabilidade dos pais, assim como sua angústia face às reações do bebê, podem encontrar solução numa ajuda psicológica e na orientação quanto às particularidades do desenvolvimento de alguns destes bebês.

A correta estimulação do bebê pré-termo tem sido um tema controverso durante décadas. Os efeitos adversos da hiper-estimulação do pré-termo foram já referidos por autores como Long, Lucey e Gorsky (1980), que demonstraram o efeito nocivo dos ruídos ambientais, que podem despertar o choro e originar crises de hipoxemia, além de poderem até mesmo aumentar a pressão intracraniana, eventual fator precipitante de uma hemorragia intraventricular. Os autores demonstraram que o estresse criado por

manuseamento intempestivo do pré-termo pode até dar origem a bradicardia. Als (1983) demonstrou ainda que os bebês pré-termos com menor tempo de dependência de ventilação mecânica e de oxigênio, melhor tolerância alimentar e melhor desenvolvimento comportamental, aos nove meses de vida tinham sido protegidos, tanto quanto possível da ação do ruído e da luz de grande intensidade. Além disso, Parmalee (1985) propôs que é mais importante proteger o pré-termo de muitos estímulos visando estabilizar a homeostase fisiológica, do que promover estimulação adicional.

Apesar destas críticas à estimulação adicional, diversos estudos têm mostrado efeitos positivos destes procedimentos. Por exemplo, Zahr, Parker e Cole (1992) examinaram o efeito de uma intervenção tátil no QI de bebês de Peso Muito Baixo e bebês de Peso Baixo. O primeiro grupo apresentou um ganho de 13 pontos no escore de QI enquanto o segundo grupo teve um ganho menor (6 pontos). Outros estudos também documentaram que a vulnerabilidade dos bebês de Peso Muito Baixo (PMB) e as necessidades especiais de seus pais fazem este grupo mais receptivo para intervenção (Barrera, Cunningham & Rosenbaum, 1986; Sparling, Lewis, Ramey et al., 1991). Além disto, bebês com Peso Muito Baixo beneficiaram-se mais com a intervenção do que os bebês com Peso Baixo, sugerindo que as intervenções deveriam focalizar o bebê com Peso Muito Baixo, que tem “mais chances de melhora” (Barrera et al., 1986). Contudo, estes resultados não são endossados pelo estudo de Zahr e cols. (1992), mencionado acima, no qual pré-termos maiores foram os que se beneficiaram mais com a intervenção. Estes autores explicaram que talvez a disparidade nos achados poderiam ser explicados pelo tipo de intervenção e a população estudada.

Durante os primeiros meses de vida, a atenção do bebê pré-termo aos estímulos externos depende em grande parte da quantidade de tempo que ele fica desperto. Por sua vez, este tempo desperto parece ser determinado conjuntamente tanto pela complexidade ou intensidade da estimulação externa como pelo nível de dispersão interna que é dependente de fatores como tempo desde a última alimentação, presença ou ausência de faixas enroladas em seu corpo e principalmente pela estimulação externa (Gardner & Karmel, 1983; Gardner, Karmel & Magnano, 1992).

Embora não esteja claro o quanto as rotinas de cuidado intensivo interferem no desenvolvimento inicial, sabe-se que a competência comportamental do pré-termo pode ser aumentada por experiências suplementares apropriadas (Golberg, 1988). Diversos estudos de intervenção realizados na UTIN têm documentado uma melhora em vários indicadores de desenvolvimento de bebês pré-termos. Entre as intervenções destacam-se, por exemplo,

as que incluem uma única modalidade sensorial, tal como estimulação tátil-cinestésica, estimulação vestibular, auditiva ou visual (Rice, 1977; Barnard & Bee, 1983; Field, Schanberg, Scafidi, Bauer, Veja-Lahr & Garcia, 1986); ou uma combinação de modalidades (White-Traut & Nelson, 1988). Muitos destes programas de tratamento para bebês pré-termos que provêm estimulação tátil e sensorial encorajam os pais a participarem nos cuidados enquanto a criança está hospitalizada.

Alguns investigadores sugeriram que os pré-termos seriam beneficiados com uma intervenção baseada no ‘balanço’ (McCain, 1992) ou estimulação tátil gentil que replicasse as condições no útero. Outros programas tem proposto estímulos visuais, táteis, e auditivos (tais como móveis e sons) que são vistos como facilitadores para o desenvolvimento de recém-nascidos (Mussen et al., 1990). Tais programas parecem produzir benefícios a curto prazo para bebês pré-termos, mas as diferenças que podem ser atribuídas a eles diminuem com a idade do bebê.

Nos últimos anos, têm se tornado crescentemente comum programas de estimulação tátil suplementar nas UTIN. Tais programas geralmente envolvem prover ao bebê estimulação tátil adicional, na forma de ‘massagem’ (stroking), ‘esfregar’, ou movimentos de toque suaves, de forma regular e sistemática em um período de tempo variando de dois dias a três meses. Muitos destes programas provêm estimulação tátil diariamente enquanto o bebê permanece no hospital com a quantidade, duração e qualidade da estimulação variando entre os programas. Um dos argumentos em favor da estimulação tátil é o fato de que a sensibilidade tátil foi divulgada tão cedo quanto 7.5 semanas de idade pós-concepção. A maioria dos programas inicia tão logo possível na UTIN, antes que padrões de cuidados tenham sido estabelecido ou que tenha sido diagnosticado atraso no desenvolvimento. Os efeitos imediatos da estimulação parecem ser um aumento na atividade do bebê pré-termo (Róiste & Bushnell, 1996).

Field e cols. (1986) concluíram que as crianças submetidas à “massagem” três vezes ao dia aumentavam mais rapidamente de peso, evidenciavam comportamentos mais organizados, possibilitando uma alta mais rápida, quando comparadas às crianças sem intervenções. Outros benefícios dos programas de estimulação táteis têm sido, por exemplo: o desenvolvimento mental e motor (Scafidi, Field, Schanberg, Bauer, Tucci, 1990); diminuição da necessidade de ventilação mecânica (Field, 1990); aumento no comportamento de alerta e ativo (Scafidi, Field, Schanberg, Bauer, Vega-Lahr & Garcia, 1986; Róiste & Bushnell, 1993); organização do comportamento (Field et al., 1986; Degen-Horowitz, 1990); e melhoras significativas na responsividade (Róiste & Bushnell,

1993).

Na revisão da literatura realizada por Róiste e Bushnell (1996), os autores afirmaram que estudos sobre intervenção tátil têm sido inconclusivos quanto aos seus efeitos sobre o desenvolvimento motor. Embora alguns estudos tenham revelado benefícios (Kramer, Chamoro, Green & Knudtson, 1975; Field et al., 1986), outros não encontraram benefícios significativos (Rice, 1977; Róiste & Bushnell, 1996).

Estudos anteriores revistos também por Róiste e Bushnell (1993) sugeriram que a estimulação tátil pode beneficiar a aprendizagem e desenvolvimento cognitivo gerais, como melhor habilidade no processamento de informação ou memória de reconhecimento visual e melhores escores no desenvolvimento mental do Bayley, em comparação com o grupo controle não estimulado. Isto sugere que os benefícios a longo prazo do desenvolvimento mental exibido por bebês que receberam estimulação tátil pode levar a ganhos estáveis na sua capacidade para aprendizagem.

Adamson-Macedo (1979; citado por Adamson-Macedo & Attree, 1994) propôs um programa específico de estimulação tátil, ao qual chamou de TAC-TIC. O conceito básico da terapia TAC-TIC é que o bebê pré-termo está constantemente interagindo com o ambiente; o bebê aprende a partir do ambiente e modifica o ambiente. O método TAC-TIC consiste de uma seqüência sistemática de 22 ações cobrindo todas as partes do corpo. São 'massagens' (stroking) gentis e calmas na cabeça e rosto (8), pescoço (2), membros superiores (braços, mãos e dedos) (3), tronco (6), e membros inferiores (pernas, pés e dedos) (3). Se a massagem é feita com a palma da mão ou com a ponta dos dedos vai depender da parte do corpo que está sendo massageada (ex.: área da boca e espinha dorsal pode ser somente feito com a ponta dos dedos). A autora propôs quatro princípios subjacentes ao TAC-TIC: gentileza, ritmo, equilíbrio e continuidade.

Segundo Róiste e cols. (1995), movimentos de braços e pernas foram encontrados como as reações mais comuns para as massagens do TAC-TIC por todas as três categorias corporais das massagens (cabeça, tronco e membros). Isto está de acordo como os achados de Scafidi e cols. (1990), que encontraram que movimentos de membros múltiplos são mais comuns durante a estimulação tátil, quando comparada com a cinestésica. Anderson (1986) sugeriu que tais movimentos podem ser sinal de desorganização, e por isto um toque leve deveria ser evitado, pois tende a aumentar comportamentos desorganizados. Bebês a termo são altamente sensitivos ao toque leve, parcialmente porque sua pele é densamente constituída com receptores tais como os corpúsculos de Meissner (Sinclair, 1969; citado por Anderson, 1986).

O método TAC-TIC foi planejado para ser usado inicialmente pelo investigador, que iria posteriormente encorajar e ensinar os pais e/ou enfermeira a continuar as sessões. Entre os anos de 1981 até 1983, Macedo (1984) usou o TAC-TIC somente com pré-termos relativamente saudáveis que não estavam em respiradores mecânicos. Os resultados mostraram benefícios em várias áreas do desenvolvimento. Estes achados encorajaram um uso estendido do método para bebês pré-termos em respiradores, de alto risco, prática que continuou desde 1985, incluindo seu uso por investigadores independentes. Se um bebê está recebendo terapia de oxigênio, uma variação é feita nos movimentos, frequência e duração das sessões da intervenção, de acordo com as condições individuais do bebê (Adamson-Macedo & Attree, 1994).

O TAC-TIC tem sido usado por diversos autores. Róiste e cols. (1995) verificaram que bebês na UTIN responderam ao programa predominantemente com movimentos de braços e pernas, não havendo diferença no número de reações eliciadas pelos diferentes tipos de massagens corporais do TAC-TIC. Os pais e mães mostraram-se satisfeitos ao utilizarem o programa e conseguiram eliciar em seus bebês um padrão de reações similar ao do experimentador. Como consequência, estes autores têm sugerido que o programa TAC-TIC pode oferecer um aumento da interação mãe-bebê e pai-bebê junto à incubadora. Além disto, o mesmo estudo mostrou que a estimulação tátil suplementar, na forma de TAC-TIC, pode potencialmente beneficiar a performance cognitiva em uma tarefa de aprendizagem instrumental dentro do período neonatal. Os efeitos imediatos da estimulação quando comparados com os efeitos a longo prazo é uma outra questão abordada por diversos autores (Rice, 1977; Macedo, 1984; Field et al., 1986).

Adamson-Macedo e Attree (1994) sugeriram que a terapia TAC-TIC reduz a dor e angústia neonatal por diminuir a secreção de hormônios do estresse e aumentar a produção de endorfinas. Este fenômeno, em parte, ajuda a auto-regulação do bebê, fortalece o sistema imunológico, acelera o processo de retirada do bebê do respirador mecânico e aumenta o nível de hormônios.

O estudo de Róiste e Bushnell (1996) também mostrou que o programa TAC-TIC beneficiou o desenvolvimento de sucção dos pré-termos e levou a uma alta hospitalar mais cedo. Aos 15 meses, os bebês pré-termos que tinham recebido a estimulação apresentaram aumento no desenvolvimento mental, mas não no motor. A partir destes resultados, estes autores afirmam que o TAC-TIC não parece exercer efeito significativo no desenvolvimento motor, ao contrário do que outros estudos mostraram.

Uma das explicações sobre o efeito da massagem nos bebês pré-termos é de que

isto pode aumentar as expectativas dos pais quanto ao desenvolvimento do bebê. Widmayer e Field (1981) relataram que simplesmente mostrando às mães a avaliação de Brazelton (Brazelton, 1973) sendo realizada em seus bebês a termo aumentavam suas expectativas sobre o desenvolvimento futuro de seus bebês. Este mesmo processo pode estar acontecendo quando os pais assistem o TAC-TIC sendo realizado em seus bebês (Róiste & Bushnell, 1996).

Os defensores da estimulação têm também baseado seus argumentos no funcionamento fisiológico do bebê. Os reflexos condicionados ao estímulo tátil ou outro estímulo sensorio, via conexões corticais ao hipotálamo e aos nervos, podem também aumentar ou diminuir as secreções gástricas (Róiste & Bushnell, 1995). Resultados de estudos sugerem que no bebê massageado ocorre um estado estomacal mais apropriado para digestão depois de uma sessão de 'massagem'. Isto dá suporte à asserção de Rausch (1981) que diz que a estimulação tátil melhora o funcionamento gastro-intestinal em pré-termos e que uma melhor digestão e melhor absorção de nutrientes é facilitada pela 'massagem' antes das refeições.

Porém, Als (1982) sugeriu que a estimulação que é inapropriada em qualidade ou tempo pode sobrecarregar o pré-termo fisiológica e comportamentalmente. Apoio para estas idéias foi dado pelo estudo de Beaver (1987), que encontrou que pré-termos que receberam 'massagem' na perna durante um procedimento de 'picada de agulha' tiveram uma diminuição de saturação de oxigênio quando comparado ao grupo controle que não foi massageado. Tais resultados sugerem que a 'massagem' antes da alimentação também pode representar estimulação inapropriada (McCain, 1992).

Macedo (1984) também propôs que benefícios em termos de ganho de peso que ocorreu no programa de estimulação tátil proposto por Rausch (1981) pode ser função de uma digestão mais eficiente ao invés de um aumento na ingestão de fluídos/calorias. Macedo sugeriu que como consequência de uma sucção melhor e mais acelerada ocorre um aumento da digestão através do aumento da secreção de lipase lingual e/ou atividade.

Na verdade, não só a estimulação tátil, mas outros tipos de estimulação têm sido reconhecidos como exercendo uma influência positiva sobre o comportamento de sucção. Por exemplo, medidas do comportamento materno afetuoso têm sido encontradas como associadas com um aumento na taxa de sucção do bebê e maior contato tátil (Dunn, 1977).

Dado que a maturação e organização dos reflexos são também facilitadas por programas de estimulação tátil suplementar (Rice, 1977; Macedo, 1984), um reflexo de sucção mais maduro e mais facilmente controlado pode estar subjacente à melhor

performance nos bebês submetidos à estimulação. Os estudos de Levine (1957a, 1957b; citado por Róiste & Bushnell, 1993) com animais e o estudo de Field (1990) com bebês humanos mostraram que a estimulação tátil suplementar nos primeiros dias de vida aumentam suas capacidades para lidar com o estresse e comportamentos adaptativos quando sob coação.

Os recém-nascidos em geral reagem pelo menos de duas maneiras diferentes frente a um estímulo, traduzidas por expressões faciais (Eckerman, Oehler, Hannan & Molitor, 1995). A primeira reflete uma percepção ativa e o processamento da estimulação vinda do ambiente. A outra, ao contrário, reflete a evitação de tal estimulação e uma conseqüente desorganização e angústia. A observação atenta dos recém-nascidos mostra que eles evidenciam padrões de responsividade comportamental que indicam um processamento ativo da estimulação, o que pode sinalizar a seus parceiros sociais que mantenham o que estão fazendo. Além disso, os recém-nascidos mostram um segundo padrão refletindo angústia ou ‘fechamento’ para a estimulação, o que pode sinalizar a seus parceiros que interrompam o que estão fazendo.

Independente de ser um bebê pré-termo ou a termo, as trocas face a face têm sido reconhecidas, por diversos autores, como influenciando o desenvolvimento do bebê. Isto se reflete, por exemplo, na capacidade do bebê reconhecer seus pais, e sobre o desenvolvimento da auto-regulação do estado orgânico (Field, 1981; Gianino & Tronick, 1988); no desenvolvimento de habilidades para comunicação não-verbal, a qual possibilita a facilidade em comunicação verbal mais tarde (Fernald, 1984; Schaffer, 1984; citado por Eckerman et al., 1995); e no desenvolvimento de um senso de self e efetividade (Stern, 1985; Tronick, 1989).

A importância das trocas face a face no desenvolvimento do bebê levou ao surgimento de programas de estimulação com pré-termos envolvendo estimulação baseada na fala do adulto. No estudo de Eckerman e cols. (1995), investigando as reações de bebês pré-termos frente a uma intervenção usando fala face a face, os autores encontraram que uma maior atenção para a fala do adulto emergiu entre 29-32 e 33-34 semanas de idade pós-concepção para pré-termos de PMB, tanto de alto como de baixo risco. Em idades menores, não houve evidência de que os pré-termos responderam diferentemente para um adulto do sexo feminino falando quando comparado a um adulto do sexo feminino que não falava. Contudo, por volta de 33-34 semanas, a fala levava a períodos mais prolongados de olhos abertos quando isto co-ocorria com outros comportamentos (baixa atividade dos membros, expressão facial relaxada ou boca abrindo).

Interessante assinalar que este aumento de atenção à fala durante encontros face a face ocorrem no mesmo período de desenvolvimento, por volta de 32 semanas desde a concepção, em que são encontradas mudanças em outros comportamentos, por exemplo: como nas funções visuais e na duração do estado alerta/quieto, e na fixação de padrões visuais (Hack, Muszynski & Miranda, 1981); na busca visual (Dubowitz, Dubowitz, Morante & Verghote, 1980); na acuidade visual (Morante, Dubowitz, Dubowitz & Levene, 1982); e nas preferências de padrão visual (Dubowitz et al., 1980). Além disso, este período tem sido descrito como o ponto de mudanças no qual o funcionamento do recém-nascido pré-termo começa a parecer-se com bebê a termo mais do que com o pré-termo mais novo e fetos (Korner, Brown Dimiceli, Forrest, Stevenson, Lane, Constantinou & Thom, 1989).

Uma forma específica de fala dirigida ao bebê denominada “motherese”¹ tem sido usada em intervenções e consiste em falar para o bebê usando um tom mais alto e um padrão de intonação altamente modulado característico de como as mães falam com seus recém-nascidos a termo saudáveis (Fernald & Simon, 1984; citado por Eckerman et al., 1994). Golberg (1988) assinalou que quando um bebê faz contato ocular com o adulto, enquanto em estado de alerta, este adulto comumente começa a balançar a cabeça e a falar para o bebê com as expressões exageradas e infleções de voz que são usadas somente para falar com bebês. Os bebês ficam geralmente muito atentos a este tipo de estímulo, sorrindo e sendo responsivos. Anderson (1986) também enfatizou que a estimulação pela fala reduzida também poderia afetar a experiência sensorial do bebê. Contudo, embora a fala adulta seja muito frequente na UTIN, geralmente ela não é dirigida para o bebê. Além disto, estados de angústia e baixos níveis de excitação podem diminuir a receptividade do bebê para a fala humana.

A investigação de Eckerman e cols. (1994) mostrou que recém-nascidos de PMB com uma idade média de 35 a 36 semanas pós-concepção responderam à fala humana de maneiras diferentes. Eles responderam para um examinador falando em *motherese* com comportamentos interpretáveis como aumento de atenção visual. Contudo, quando o examinador, além de falar, também segurou e massageou o bebê, ele evidenciou um aumento de angústia (olhos fechados com mais frequência e por mais tempo, além de sinais faciais de afeto negativo).

De acordo com Eckerman e cols. (1995), bebês nascidos muito prematuramente a

¹ Traduzido no presente estudo como *fala afetiva com o bebê*.

princípio respondem com sinais de angústia (ou com um ‘fechamento’ ou retirada de resposta) ao que se poderia chamar de excesso de estimulação quando, por exemplo, estimulação visual, auditiva e tátil são aplicadas juntas durante encontros face a face.

Somente por volta de 33-34 semanas de idade pós-concepção os bebês começam a responder mais discriminadamente a diferentes formas de estimulação social. Neste momento, constata-se um aumento de atenção a algumas formas de estimulação social (ex: fala). Isto ocorre porque o pré-termo muito imaturo inicialmente controla a regulação fisiológica e motora e somente mais tarde começa a se dirigir para o ambiente social externo. Antes deste momento, enquanto engajado nos primeiros controles, o recém-nascido pré-termo tende a responder à estimulação adicional com angústia ou retirada.

Com base nos resultados de seu estudo, Eckerman e cols. (1994) chegaram a três conclusões principais. A primeira delas é de que antes da idade a termo, os recém-nascidos com PMB responderam para fala em *motherese* com aumento de atenção visual quando em interação face a face. Segundo, a adição de uma simples forma de estimulação tátil à fala levou à diminuição da atenção visual e aumento de sinais de angústia e/ou evitação nestes bebês imaturos. Terceiro, os bebês com PMB e com risco perinatal biológico maior responderam a cada forma de estimulação social de maneira qualitativamente similar aos recém-nascidos com PMB de baixo risco, mas eles responderam de forma mais exagerada, sugerindo que eles podem ser parceiros sociais muito diferentes para seus pais.

Há evidências de que o comportamento alerta inativo no momento da alimentação é ótimo para pré-termos porque aumenta as interações mãe-bebê (White-Traut & Nelson, 1988). Porém, Beek e Samson (1994) sugeriram que a comunicação na situação de alimentação fornece menos informações sobre as habilidades comunicativas mãe-bebê do que a situação face a face. Contribui para isto o fato de que o sorriso do bebê é mais comum de ocorrer quando olhando para o rosto de sua mãe (Malatesta et al., 1986).

Do mesmo modo que ocorre durante a alimentação, durante a interação face a face as mães dos pré-termos estimulam-os mais do que as mães de bebês a termo. Isto parece ser uma tentativa das mães dos pré-termos de eliciar respostas em seus bebês geralmente menos ativos (Crnic et al., 1983; Beek & Geerdink, 1989). Porém, caso os bebês viam o rosto devido a limitações de processamento de estímulos, o aumento da atividade materna pode ser contra-produtiva já que contribui para comportamentos de aversão do bebê (Beek & Geerdink, 1989).

Além das intervenções descritas acima (sensoriais e fala do adulto), um outro tipo de intervenção com pré-termos que, embora menos freqüente na literatura, também tem

apresentado resultados positivos é o balançar sistemático do bebê no berço. Em dois estudos antigos, o ‘balanço’ manual mostrou-se efetivo para diminuir o choro em recém-nascidos pré-termos (Gordon & Foss, 1966). Neal (1967; citado por McCain, 1992) também encontrou uma melhora na responsividade visual e auditiva em pré-termos que foram embalados em um berço motorizado. Clark, Cordero, Goss e Manos (1989) encontraram que pré-termos demonstraram melhor alerta e atenção quando recebiam esta intervenção durante 2 semanas, por 15 minutos, 3 vezes ao dia.

Um outro tipo de intervenção com bebês pré-termos tem sido o método “canguru” (Whitelaw et al., 1988) que envolve o contato íntimo da criança com o peito e o abdômen da mãe, particularmente durante a amamentação ao peito. Os autores verificaram que os bebês submetidos a este procedimento com contato pele a pele com suas mães choravam menos frequentemente.

Segundo Ludington-Hoe (1993), os escores científicos de estudos internacionais têm mostrado que o método Canguru oferece muitos benefícios físicos e emocionais ao bebê pré-termo. Entre eles incluem: uma frequência cardíaca estável; respiração mais regular; melhor dispersão de oxigênio por todo corpo; prevenção de ‘estresse de frio’ (quando um pré-termo fica muito frio, ele queima muito mais oxigênio e calorias para ficar quente); períodos de sono mais longos (durante os quais o cérebro amadurece); ganho de peso mais rápido; redução de atividade sem propósito a qual simplesmente queima calorias às custas do crescimento e saúde do bebê; diminuição do choro; períodos de alerta maiores; oportunidades para amamentação e usufruir os benefícios saudáveis do leite materno; vínculo mais cedo; aumento da probabilidade de ter alta do hospital mais cedo.

Ludington-Hoe (1993) acredita que o método Canguru funcione com sucesso devido a três fatores que afetam o bebê: aumenta as condições similares àquelas as quais o pré-termo tinha se familiarizado no útero, tais como a proximidade do som das batidas do coração da mãe e sua voz juntamente com o balanço rítmico gentil da sua respiração; oferece continência e permite flexão (braços e pernas livres); protege o bebê e oferece a ele uma certa proteção contra os elementos estressantes da UTIN.

Comparações entre estudos nos quais mais de uma forma de estimulação é empregada nem sempre tem apresentado resultados consistentes. Embora a estimulação tátil e cinestésica sejam frequentemente combinadas em programas de estimulação (White & LaBarba, 1976; Rice, 1977; Field et al., 1986; Scafidi et al., 1986), estas duas formas de estimulação parecem ter efeitos imediatos diferentes sobre o comportamento do pré-termo.

Por exemplo, tem sido relatado que a estimulação tátil tem um efeito ativador, enquanto que a estimulação cinestésica tem um efeito aquietante (Scadifi et al., 1990). O efeito aquietante da estimulação cinestésica no estudo de Scadifi e cols. recebeu duas possíveis explicações pelos autores: (1) a estimulação cinestésica envolveu movimentos passivos nos membros, o que limitou fisicamente os movimentos espontâneos; e (2) o bebê era colocado em posição de costas para a estimulação cinestésica. O aumento na quietude pode ser uma resposta à esta posição, pois a maioria dos neonatos pré-termos na UTIN é colocado em posição de bruços dentro da incubadora.

Um outro tipo de combinação de intervenções foi a usada por Oehler, Eckerman e Wilson (1988), que utilizou somente massagem e massagem com fala. Os autores encontraram evidências de estresse em bebês de PMB em um estudo no qual usaram longos períodos de massagem e massagem de partes múltiplas do corpo. Os efeitos eram bem similares para a somente massagem comparado com a massagem combinada com fala; os recém-nascidos com PMB de alto risco demonstraram ainda mais evidência de angústia para a combinação de massagem e fala. Isto corrobora não só com a descrição freqüente do bebê pré-termo como mais facilmente super-estimulado e de que ele é menos capaz de lidar com múltiplas fontes de estimulação (Als, 1983), como também a sugestão de Field (1981) de que bebês pré-termos têm um limiar mais baixo para evitação do que bebês a termo. Como foi sugerido por Gardner, Karmel & Magnano (1992), caso os recém-nascidos de alto risco experienciem níveis de excitação interna maiores, então a combinação de estímulos externos (ex: adicionar toque com a fala) pode pressionar seu nível geral de excitação além do ponto que desencadearia um “desligamento” da estimulação externa.

O efeito das intervenções descritas acima tem sido freqüentemente avaliado pelo ganho de peso do pré-termo (Blanchard, 1991; McCain, 1992). Entretanto, os resultados baseados no peso do pré-termo são variados e às vezes até contraditórios. Por exemplo, alguns estudos referem aumento de peso para os bebês que receberam estimulação tátil ou cinestésica (White & Labarba, 1976; Rice, 1977; Field et al., 1986; Scafidi et al., 1986) ou com estimulação vestibular e auditiva (Kramer & Pierpont, 1976), enquanto outros estudos não referem ganho de peso seguindo a estimulação tátil (Kramer et al., 1975; Solkoff & Matuszak, 1975; Blanchard, Pedneault & Doray, 1991) ou estimulação multisensorial, incluindo estimulação visual, cinestésica e auditiva (Leib, Benfield & Guidubaldi, 1980).

O nível de atividade do pré-termo é outra variável que tem sido utilizada para se

avaliar o efeito das intervenções e para a qual resultados contraditórios também tem sido relatados. Alguns investigadores observaram maior atividade em bebês que receberam estimulação (Solkoff, Yaffe, Weintraub & Blase, 1969; Solkoff & Matuszak, 1975; Scott, Cole, Lucas, & Richards 1983; Field et al., 1986; Scafidi et al., 1986).

Além disto, pode parecer, à primeira vista, que um aumento na atividade do pré-termo levaria a um maior gasto de energia resultando num menor ganho de peso. Entretanto, em pelo menos três dos estudos reportando ganho de peso, os níveis de atividade também eram maiores (Solkoff et al., 1969; Scott et al., 1983; Scafidi et al., 1986). Em contraste, nenhum ganho significativo de peso foi referido em estudos nos quais o nível de atividade estivesse diminuído (Barnard, 1973).

Como pode ser visto pelos estudos revisados acima, não existe ainda consenso sobre os tipos de intervenção mais adequados para auxiliar no desenvolvimento do pré-termo e na sua interação com os cuidadores que o cercam. Apesar de se constituir em um problema de pesquisa há vários anos, estudos recentes tem proposto novas estratégias de intervenção.

Objetivos do estudo

Considerando o exposto acima e diante das controvérsias a respeito das intervenções precoces com bebês pré-termos, o presente estudo buscou comparar os efeitos de dois tipos de intervenção. De um lado, sabe-se que uma intervenção baseada em estimulação tátil pode trazer benefícios para o pré-termo (Adamson-Macedo & Attree, 1994). Por outro lado, sabe-se também que intervenções baseadas na fala afetiva com o bebê (*motherese*) podem também trazer benefícios para o pré-termo e para a interação mãe-bebê (Eckerman et al., 1994; Ekceman et al., 1995).

Em função das inconsistências na literatura é importante que se continue avaliando qual é o método que traz maiores contribuições para o bebê pré-termo. Neste sentido, o presente estudo se propõe a comparar uma intervenção envolvendo estimulação tátil e outra envolvendo fala afetiva com o bebê. Examina-se em particular o efeito destas intervenções na qualidade da interação mãe-bebê pré-termo e na evolução fisiológica do bebê.

A expectativa inicial era de que as duas intervenções realizadas, fala afetiva e estimulação tátil, trariam efeitos diferenciados no comportamento da mãe e do pré-termo. Por exemplo, em função de suas características específicas, a intervenção fala afetiva traria uma maior contribuição para a qualidade da interação mãe-bebê, ao exigir das mães um maior envolvimento emocional com o seu bebê, que seria expresso por comportamentos essencialmente sociais como o falar, posicionar-se face a face, sorrir e olhar. Além disto, a voz da mãe, já ouvida durante a gestação, contribuiria para o pré-termo responder mais intensamente à presença e comportamentos da mãe durante a intervenção. Já a intervenção envolvendo estimulação tátil poderia até prescindir de envolvimento emocional das mães e se constituir em uma atividade quase automática/mecânica. Neste sentido, a demanda mais social que é feita pela intervenção fala afetiva, tanto para a mãe como para o pré-termo, trariam benefícios mais evidentes para a interação mãe-bebê.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

Participantes

Participaram deste estudo doze mães e seus bebês pré-termo, de nível sócio-econômico médio a baixo. As mães tinham idade média de 27,5 anos (DP = 7,5 anos) e residiam na região metropolitana de Porto Alegre. Os bebês eram de ambos os sexos, embora tenham predominado os do sexo feminino (8) mais do que do sexo masculino (4). Todos eram nascidos prematuramente (idade gestacional média de 31 semanas, DP = 1,98 semanas e com peso médio de 1330g, DP = 225,37g), estando por ocasião da intervenção em torno do oitavo dia de vida. Os bebês não apresentavam complicações clínicas sérias embora eram mantidos na incubadora. Um grupo controle de 12 bebês pré-termos que haviam sido atendidos anteriormente no mesmo hospital, foi posteriormente selecionado para fins de comparação quanto à evolução fisiológica. Este grupo foi emparelhado por peso e sexo com os bebês que haviam sido submetidos às intervenções. A amostra foi recrutada na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal dos Hospitais de Clínicas de Porto Alegre e do Presidente Vargas.

Delineamento e Procedimento

As díades foram designadas a um de dois grupos: *Grupo 1* que foi submetido a uma intervenção envolvendo estimulação tátil realizada pela mãe em seu bebê; ou *Grupo 2* que foi submetido a uma intervenção que enfatizou a fala afetiva com o bebê. O *Grupo 3* selecionado não recebeu nenhuma intervenção e foi utilizado apenas como grupo controle para avaliar a evolução fisiológica dos bebês.

No segundo dia após o pré-termo ser considerado clinicamente estável, as mães foram convidadas a participar deste estudo (ver *Rapport* e Consentimento Informado nos Anexos I e II, respectivamente). As mães que concordaram foram vistas individualmente, no dia seguinte, quando foi preenchida a **Ficha de dados demográficos** e realizada a **Entrevista de avaliação da interação mãe-bebê pré-termo**. Nesta fase inicial foi também preenchida a **Ficha de dados sobre a evolução**

fisiológica do bebê pré-termo com base nas informações prestadas pelo médico, enfermeira e/ou contidas no prontuário. Após a entrevista, ou no dia seguinte, as mães receberam instruções sobre como proceder durante a **Intervenção 1 (estimulação tátil)** ou **Intervenção 2 (fala afetiva com o bebê)**, dependendo do grupo ao qual a mãe fora designada. No segundo, oitavo e décimo quinto dia de intervenção foram realizadas a **Observação da interação mãe-bebê pré-termo**. Por fim, no último dia de intervenção (15^o) foi realizada a **Entrevista de avaliação da interação mãe-bebê pré-termo após a intervenção**.

Instrumentos e Material

1) Ficha de dados demográficos: foi desenvolvida uma ficha que visava a obtenção de dados demográficos da família, tais como: idade da mãe, endereço e profissão dos pais (estimativa do nível sócio-econômico), escolaridade da mãe, estado civil dos pais, dados sobre o estado de saúde da mãe durante a gestação, ordem da gestação e ocorrências de abortos, sexo do bebê, bem como dados sobre o parto e condições de saúde do bebê. Cópia da ficha encontra-se no Anexo III.

2) Entrevista de avaliação da interação mãe-bebê pré-termo: foi desenvolvida uma entrevista semi-estruturada na qual a mãe era solicitada a falar sobre diversos aspectos de sua gestação (ex. “Como você se sentiu durante a gravidez?”; “Você teve algum problema de saúde nesta gravidez? O que aconteceu?”; “Você sentiu algum desconforto neste período?”), parto prematuro (ex. “Como você vivenciou o parto?”), seu bebê pré-termo (ex. “O que você sentiu quando viu seu bebê pela primeira vez?”) e ambiente neonatal (ex. “Como é para você, ele estar na incubadora agora?”; “E a equipe? O que achas?”). Cópia da entrevista encontra-se no Anexo IV.

3) Ficha de dados sobre a evolução fisiológica do bebê pré-termo: foi desenvolvida uma ficha para anotar informações iniciais sobre o bebê (ex. APGAR, idade gestacional, peso ao nascer, comprimento) bem como sobre sua evolução fisiológica diária (ex. peso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura). Estas informações foram obtidas junto ao prontuário e através da enfermeira e/ou médicos da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Cópia da ficha encontra-se no Anexo V.

4) Intervenção 1 (estimulação tátil): nesta intervenção, as mães foram encorajadas a tocar todo o corpo de seu bebê durante aproximadamente 15 minutos por dia, durante 2 semanas, num total de 15 sessões. As mães não foram encorajadas a conversar com o bebê durante a estimulação tátil, visto que muitos estímulos ao mesmo tempo poderiam stressá-lo (cf. Oehler et al., 1988; Eckerman, Oehler, Medvin & Hannan, 1994). As mães foram orientadas sobre como proceder nesta intervenção pela própria experimentadora. Além de orientar verbalmente as mães, a experimentadora acompanhou e observou as mães junto à incubadora durante todas as 15 sessões de intervenção. Cópia das instruções encontra-se no Anexo VI.

5) Intervenção 2 (fala afetiva com o bebê): nesta intervenção, as mães foram encorajadas a falar com seu bebê durante aproximadamente 15 minutos por dia, durante 2 semanas, num total de 15 sessões. Esta intervenção foi baseada na definição de Fernald e Simon (1984), usado no estudo de Eckerman, Oehler, Medvin, e Hannan (1994) e Eckerman, Oehler, Hannan e Molitor (1995), que propuseram que as mães de pré-termos buscassem falar com o seu bebê usando um tom mais alto e padrões de intonação mais modulados característicos de como as mães falam com seus bebês recém-nascidos. Nesta intervenção não foi encorajado a estimulação tátil, mas somente a fala com o bebê, visto que muitos estímulos ao mesmo tempo poderiam stressá-lo (cf. Oehler et al., 1988; Eckerman et al., 1994). As mães foram orientadas sobre como proceder nesta intervenção pela própria experimentadora. Além de orientar verbalmente as mães, a experimentadora observou as mães junto à incubadora durante todas as 15 sessões de intervenção. Cópia das instruções encontra-se no Anexo VI.

6) Observação da interação mãe-bebê pré-termo: com o objetivo de avaliar a evolução da interação mãe-bebê pré-termo, as díades foram observadas durante um período de aproximadamente 5 minutos de interação livre, seguidos de 15 minutos de intervenção propriamente dita e 5 minutos de interação livre depois da intervenção. Estas observações foram filmadas no 2º, 8º, e 15º dia de intervenção. Nos demais dias, a experimentadora anotou após a sessão de intervenção, tudo o que ocorreu naquele dia.

Para fins de análise, o vídeo da sessão de observação foi dividido em intervalos de 15' durante os quais se examinou a incidência de comportamentos maternos e do bebê. Foram examinados 27 comportamentos maternos (ex. interpreta/fala pelo bebê,

responde a vocalização/choro do bebê, fala para o bebê) e 22 comportamentos infantis (ex. dorme, sonolento/abre os olhos, boceja/abre boca, alerta/quieto, suga, movimenta cabeça). O Anexo VII apresenta as definições operacionais dos comportamentos maternos e do bebê. Os Anexos VIII e IX apresentam o protocolo de análise dos comportamentos maternos e infantis, respectivamente.

7) Entrevista de avaliação da interação mãe-bebê pré-termo após a intervenção: foi desenvolvida uma entrevista semi-estruturada na qual a mãe era solicitada a falar sobre diversos aspectos deste período inicial com o seu bebê (ex. “Como você está se sentindo?”; “E com relação ao seu bebê?”), sobre o ambiente neonatal (ex. “E a equipe? O que achas?”) e sobre a própria intervenção realizada (ex. O que você achou de participar deste estudo?”; “Você acha que ajudou? Como?”). Cópia da entrevista encontra-se no Anexo X.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em três partes. Na primeira parte, apresentam-se as impressões e sentimentos maternos frente à situação da prematuridade do seu bebê. Na segunda parte, examina-se, qualitativamente, o papel das intervenções realizadas (estimulação tátil e fala afetiva) na interação mãe-bebê. Na terceira parte, apresentam-se os dados demográficos da família e das condições de saúde do pré-termo ao nascer. Descreve-se, ainda nesta parte, a evolução fisiológica dos pré-termos que participaram deste estudo comparando-os ao grupo controle que não participou das intervenções.

Parte 1

Impressões e sentimentos maternos sobre a prematuridade

Nesta sessão, são examinadas as respostas das mães à **Entrevista de avaliação da interação mãe-bebê pré-termo** que investigava as percepções, impressões e sentimentos maternos acerca da prematuridade. O objetivo foi o de examinar: 1) Impressões e sentimentos durante a gestação; 2) Sentimentos e reações frente ao parto prematuro; 3) Sentimentos e reações ao bebê na incubadora; 4) Sentimentos e reações ao ambiente neonatal; 5) Sentimentos frente ao apoio marido/familiar.

As respostas das mães a estas questões foram examinadas através de análise de conteúdo. Procedeu-se a análise através dos seguintes passos: 1) transcrição das respostas; 2) demarcação de unidades de sentido; 3) geração de categorias temáticas; e 4) classificação das respostas nas categorias. Inicialmente, examinou-se as respostas relacionadas a cada tema, a fim de se gerar uma estrutura de categorias que foi então utilizada na análise de todas as respostas. Nesta fase final, as respostas foram reunidas em subcategorias, excluindo-se as redundâncias. Dois codificadores foram utilizados para as análises. Eventuais discordâncias na codificação eram dirimidas através de discussão e, quando necessário, contou-se com a apreciação de um terceiro juiz.

Com base neste procedimento, são apresentadas a seguir as impressões e sentimentos mencionados pelas mães em relação aos temas.

1. Impressões e sentimentos durante a gestação

Esta categoria refere-se às vivências da mãe durante a gestação e às suas percepções acerca do bebê em gestação. Na entrevista, isto era investigado quando se perguntava às mães: “Como você se sentiu durante a gravidez?”; “Você teve algum problema de saúde nesta gravidez? O que aconteceu?”; “Quais as principais preocupações que você teve com relação a gravidez?”; “O que você achou quando soube do sexo do bebê? E o pai do bebê, o que achou?”; “Você já escolheu um nome para o bebê? Qual é o nome?”; “Por que você escolheu este nome?”. As respostas das mães foram agrupadas em oito sub-categorias: 1.1. Desconfortos físicos; 1.2. Medo de perder o bebê; 1.3. Medo de defeitos físicos; 1.4. Preocupações financeiras; 1.5. Problemas de saúde; 1.6. Estado de humor geral; 1.7. Impressões da mãe sobre o sexo; 1.8. Impressões da mãe quanto aos movimentos do bebê.

Examinam-se, a seguir, as principais características de cada uma destas sub-categorias, bem como as manifestações textuais das mães².

1.1. Desconfortos físicos

A maioria das mães relatou sentir desconfortos físicos durante a gestação, tais como azia, enjôos e vômitos. Porém, três mães disseram não terem sentido nenhum desconforto físico.

“Senti muita **azia no fim, vômitos e ânsia** também, principalmente de manhã. A pasta de dente me enjoava.” (11)³

² As passagens destacadas dos relatos das gestantes foram transcritas literalmente. Evitaram-se correções na estrutura gramatical das frases das mães para não se incorrer em eventuais alterações dos discursos dos sujeitos, o que comprometeria a autenticidade destes dados. Algumas vezes, para melhor esclarecimento da caracterização a que se pretendia, eliminou-se palavras ou frases, que foram substituídas por reticências entre parênteses (...). Quando as reticências aparecem sem parênteses indicam uma interrupção da mãe em seu discurso que pode ou não ser concluído logo depois. Além disto, por efeito da retirada destas passagens do conjunto discursivo dos sujeitos, algumas vezes necessitou-se incluir palavras, já referidas em passagens anteriores às destacadas, ou ainda deduzidas pelo sentido lógico da frase, com o objetivo de esclarecer o leitor. As palavras incluídas estão demarcadas por colchetes [].

³ O número entre parênteses refere-se ao número da mãe na amostra do presente estudo.

“Sabe que até tive poucos desconfortos. Queria que fosse mais. Queria me sentir como as mulheres grávidas falam, enjôo, azia... **não tive isso.**” (10)

1.2. Medo de perder o bebê

Entre as preocupações das mães durante a gestação, o medo de perder o bebê esteve presente na fala da maioria das mães.

“Tinha muito **medo de abortar** no início. (...) E por fim, me preocupava por saber que teria que nascer antes. Tinha medo que ele não sobrevivesse.” (2)

“(...) Depois fiquei um pouco preocupada, expectativas de repetir parto prematuro, como foi com a Liana. Tinha **medo de perder**, ou de passar por tudo aquilo de novo. Foi muito difícil para mim.” (11)

1.3. Medo de defeitos físicos

Outra preocupação presente durante a gestação das mães entrevistadas era o medo de que seu bebê nascesse com algum defeito físico. Tinham medo de não estarem gerando um bebê perfeito e completo.

“Depois, por causa da pressão [alta], tinha medo que algo acontecesse com o bebê, que **não fosse perfeito.**” (2)

1.4. Preocupações financeiras

Várias mães referiram ter passado por problemas financeiros e/ou de trabalho durante a gestação.

“Tive muitas preocupações com a **construção da nossa casa** nos fundos da casa da minha mãe. Rodei na escola, e isto me deixou triste, além de que perdi o **emprego de estagiária**... como vês, várias coisas me preocuparam quando estava grávida.” (7)

“Tive vários problemas, **saí da diretoria da escola**...” (4)

“Muitas **preocupações financeiras** [companheiro desempregado].” (10)

1.5. Problemas de saúde

O problema de saúde mais enfrentado pelas mães que participaram deste estudo, e que determinaram o parto prematuro, foi a pré-eclâmpsia (pressão alta) no final da gestação.

“Fiquei uma semana internada. Há quinze dias começou a **pressão alta**. Fora isso, tudo bem.” (2)

“Não. Só a **pressão alta** no fim...” (8)

1.6. Estado de humor geral

Algumas mães disseram que sentiram-se muito bem dispostas durante toda a gestação. Isto foi enfatizado por quatro das mães entrevistadas e pode ser visto nos seguintes parágrafos.

“[Me senti] **Super bem**. Emoção forte quando começou a mexer” (3)

“Durante toda a gravidez, eu me sentia **super bem!** Saía bastante, fazia de tudo. Até **meu humor melhorou**, fiquei mais calma. Eu sempre fui mal-humorada, brigona, principalmente com meus irmãos. E quando estava grávida, melhorou as brigas, fiquei mais bem-humorada” (7)

1.7. Impressões da mãe sobre o sexo do bebê

Algumas mães desejavam o sexo que foi comprovado através de Ultrasonografia. Porém, outras mães desejavam o sexo oposto, sendo necessário uma adaptação ao sexo real de seus bebês.

“Eu sabia e **queria que fosse menina**. Fiquei sabendo no quinto mês, porque a médica queria saber para definir quando seria o parto; se fosse menino esperaria 35 semanas, se fosse menina poderia ser antes.” (11)

“Adorei porque achava que era uma menina. Acho que era porque **eu queria uma menina**.” (2)

“**Querida menino** pelo marido [nasceu uma menina].” (4)

1.8. Impressões da mãe quanto aos movimentos do bebê

Algumas mães verbalizaram sentirem-se grávidas somente quando sentiam os movimentos do bebê.

“Só fui me **sentir grávida** no quinto mês, quando ele **começou a se mexer**.” (5)

“**Não mexia, não sentia que estava grávida**. (...) O bebê **não mexia muito**, isso me deixava preocupada. Ela podia estar atravessada” (4)

2. Sentimentos e reações frente ao parto prematuro

Esta categoria refere-se aos sentimentos e reações frente aos acontecimentos vivenciados pela mãe no parto e frente ao seu bebê pré-termo no momento do parto. Na entrevista este tema era investigado a partir das seguintes questões feitas às mães: “Como você vivenciou o parto?”; “E com relação ao seu bebê?” As respostas foram agrupadas em duas sub-categorias: 1) Condições do parto; e 2) Percepções e sentimentos frente ao bebê no parto. Examinam-se, a seguir, as principais características de cada uma destas sub-categorias, bem como as manifestações textuais das mães.

2.1. Condições do parto

A maioria das mães disse que o parto foi vivenciado com muita dificuldade, pois sentiram-no como algo assustador e sofrido, além de sentirem-se inseguras, com medo de morrer, sendo muito rápido, sem que pudessem participar e sem controle da situação.

“Foi **muito difícil!** Com anestesia geral. Me sentia muito **insegura**, com **medo de morrer**. Tinha medo que nós duas morressem. Meu marido estava muito abalado.” (8)

“Me **assustei!** Foi uma correria danada, **achei que ia morrer**. Eu já estava entrando em estado de choque, foi por isso que resolveram fazer o parto antes.” (1)

“**Muito difícil...** toda a preparação. Me senti egoísta ao pedir para o médico para ser feito a cesária, mas estava com **medo**, me deformando de inchada.” (4)

Três mães, entre as doze entrevistadas, disseram que o parto havia sido tranquilo, e que sentiram uma forte emoção positiva, apesar da dor (1 mãe) e medo (1 mãe).

“Olha, **foi calmo, estava tranquila...** com as contrações, senti **muita dor**, xingava o Luis [marido]... mas foi rápido, não foi um trauma, não.” (7)

“**Foi jóia!** Não senti dor. **Senti emoção.** Eu ia dar o bebê, já tinha até achado um casal de advogados que queriam, mas quando eu vi o bebê chorar, senti e pensei este é meu!” (12)

“Foi melhor do que eu pensava. Foi com anestesia geral. **Foi tranquilo**, não senti nada... Estava achando que ia ser bem pior, estava **morrendo de medo.** (2)

2.2. Percepções e sentimentos frente ao bebê no parto

As percepções e sentimentos frente ao bebê no momento do parto, foram, por sua vez, divididas em quatro sub-categorias: 2.2.1. Condições do bebê ao nascer; 2.2.2. Sentimentos da mãe ao ver o bebê; 2.2.3. Não viu o bebê; e 2.2.4. O bebê não queria nascer.

2.2.1. Condições do bebê ao nascer

Para a grande maioria das mães, o bebê estava sofrendo no final da gestação.

“(...) **Bebê em agonia** (na barriga) (...)” (6)

“Acho que foi **sofrido.** Ele tava roxinho...” (5)

“Acho que foi bem. **Ele não tava bem dentro de mim.** Tinha pouco líquido. Seria melhor ganhar ele mais rápido. Melhor para ele e para mim.” (12)

Algumas mães disseram achar que o bebê havia nascido bem, associando a isto o fato de estarem respirando ou chorando.

“Acho que **nasceu bem**, respirando bem.” (4)

“Vi o bebê rapidamente. Vi que **estava bem** e gostei muito (...)” (7)

“(...) Vi o bebê na hora e deu um alívio, **ela estava bem...** chorou bastante, por isso achei que estava bem.” (6)

2.2.2. Sentimentos da mãe ao ver o bebê

As mães disseram sentir-se preocupadas com o bebê, com medo de que ele não sobrevivesse; medo de que o bebê fosse imperfeito. Além de sentirem-se impotentes por não ter sido possível uma participação mais ativa no parto.

“(...) Eu fiquei **preocupada**, tinha **medo que ela não sobrevivesse.**” (3)

“(...) Acho que tínhamos muito **medo que ela não conseguisse, não sobrevivesse.**” (10)

“Não queria saber. Tinha muito medo. **Medo que tivesse algum problema.**” (2)

Algumas mães disseram que sentiram-se felizes ao ver o bebê, pois viram que o bebê estava bem.

“(...) Me senti **feliz.**” (7)

“Me senti **muito preocupada com o bebê sem respirar.** Quando gritou fiquei melhor. Foi uma emoção que não dá para explicar (...)” (9)

2.2.3. Não viu o bebê

Quatro mães referiram não ter sido possível ver o bebê, ou viram muito rapidamente na hora do parto. Disseram ainda o quanto gostariam de ter podido vê-lo melhor, como uma tentativa de certificarem-se que estava bem.

“**Não pude vê-la**, porque era muito pequenininha e eles tiveram que levá-la imediatamente para a UTI.” (8)

“**Não vi o bebê**. Foi anestesia geral. Foi difícil, me senti triste... queria muito ter visto ele na hora do nascimento. **Queria ter participado**.” (1)

“(...) **Não pude ver direito**, os médicos logo levaram ela para o berçário (...)” (3)

“Vi o bebê, mas lembro mal, só flashes. Quando acordei, me sentia bem. **Mas queria ver o bebê ...**” (10)

2.2.4. O bebê não queria nascer

Algumas mães disseram perceber que seus bebês não queriam nascer naquele momento. Isso pode estar mostrando que o parto era prematuro não só para o bebê, mas para a mãe também, pois nenhum dos dois estava preparado.

“O bebê tava brabo. Era como se dissesse ‘**porque me tiraram antes se eu não queria?**’” (11)

3. Sentimentos e reações ao bebê na incubadora

Esta categoria refere-se aos sentimentos e reações das mães quando viram seu bebê na incubadora pela primeira vez. Na entrevista com a mãe, este tema era investigado a partir das seguintes questões: “Como você se sentiu quando viu o seu bebê pela primeira vez”? As respostas foram agrupadas em cinco sub-categorias: 3.1. Sentimentos de tristeza/angústia; 3.2. Sentimento de impotência; 3.3. Medo de tocar/machucar o bebê; 3.4. Medo de perder o bebê; e 3.5. Reações frente às características do bebê.

3.1. Sentimentos de tristeza/angústia

O sentimento mais comum, entre as mães entrevistadas, ao ver seus bebês na incubadora pela primeira vez foi o de tristeza e angústia. Disseram, ainda, sentirem-se chocadas, com uma dor no peito, sendo difícil explicar e colocar os seus sentimentos em palavras.

“Quando cheguei perto da incubadora, senti...um **choque**. Achei ela muito pequena, com tubos, não imaginava que seria assim... Foi difícil, fiquei muito triste... Um choque mesmo.” (7)

“Minhas **pernas tremeram**. Não dá para explicar o que senti. Foi muito **difícil**. Queria que ela ainda estivesse na minha barriga, que não precisasse estar passando por isso, estar naquela incubadora. Minhas pernas não paravam de tremer.” (10)

“(...) senti uma **dor**, não consigo colocar em palavras, era uma dor grande aqui dentro (peito). Eu sabia que ele iria sofrer com o soro, dores, furadas... isso dói em mim ...” (9)

“Muita **angústia**.” (11)

“Me senti **deprimida**, chorei (...)” (5)

“Foi **difícil**... ver ela com O₂, soro, sonda... (...) Mas tive que ser forte.” (4)

Duas das mães sentiram-se emocionadas e tranquilizaram-se ao ver que o bebê estava bem.

“Me **emocionei**, chorei (...)” (2)

“Me **tranquelizei** quando cheguei perto dela, dentro da incubadora. Me tranquilizei porque vi que ela estava bem. Estava muito preocupada. Os médicos não deram garantias.” (3)

3.2. Sentimento de impotência

A impossibilidade de lidar com o bebê naturalmente, e a necessidade de cuidados especiais, causaram nas mães sentimentos de impotência, pois julgavam-se incapazes de ajudar o bebê.

“(...) **não posso fazer nada...** não posso pegar...” (5)

3.3. Medo de tocar/machucar o bebê

Um conteúdo presente na fala de quase a totalidade das mães foi sobre o medo de tocar em seu bebê, pois sentiam medo de vir a machucá-lo.

“Difícil. Não **consegui tocar nele** no primeiro dia. Muito pequeno, incubadora, os outros bebês... tudo me assustou... foi realmente muito difícil para mim.” (1)

“(...) Eu fiquei com **medo de tocar nele**. Minha mãe tava junto. A enfermeira perguntou se eu queria tocar. Tive medo de machucar ele, tão pequenininho.” (12)

3.4. Medo de perder o bebê

O medo de que o bebê não sobrevivesse foi novamente sentido pelas mães quando viram seus bebês na incubadora pela primeira vez.

“(...) Ela estava entubada, **pensei que ia perder**” (6)

3.5. Reações frente às características do bebê

A maioria das mães disse sentir-se assustada com as características do bebê, achando-o muito pequeno, feio, frágil e dependente. Somente uma das mães conseguiu ver características, as quais associou com a aparência dela e do marido.

“Achei ela **muito pequena ...**” (7)

“Achei estranho ver ele naquela caixinha, tão **pequeninho (...)**” (12)

“(...) Achei ela **feinha (...)**” (4)

“(...) Achei ele **tão frágil, dependente (...)**” (5)

“(...) Achei ela **parecida com o pai**. O olho é comigo.” (2)

4. Sentimentos e reações ao ambiente neonatal

Esta categoria refere-se aos sentimentos despertados nas mães ao enfrentar o ambiente hospitalar. Na entrevista, este tema era investigado a partir das seguintes questões feitas às mães: “Como é para você, o bebê estar na incubadora agora?”; “E a equipe, o que achas?”. As respostas foram agrupadas em três sub-categorias: 4.1 Reação inicial ao ambiente neonatal; 4.2 Convivendo com o ambiente neonatal; e 4.3 Sentimentos com relação à equipe médica.

4.1. Reação inicial ao ambiente neonatal

Várias mães disseram ficar impressionadas com a UTIN, principalmente ao ver tantos bebês ligados a máquinas (com alarmes), soro, sondas etc. Referiram sentirem-se chocadas.

“**Incubadoras, outros bebês... tudo me assustou (...)**” (1)

“Foi difícil... ver ela com **oxigênio, soro, sonda (...)**” (4)

“(...) O pior mesmo foi o primeiro dia: **fiquei chocada! (...)**” (8)

4.2. Convivendo com o ambiente neonatal

Apesar da maioria das mães sentir-se assustada no início, algumas disseram que acabaram acostumando-se com o ambiente neonatal com o passar dos dias.

“(...) **Me sinto melhor.** Quando venho para cá, todos os dias, já sei que vou encontrar ela na incubadora, é diferente da primeira vez, que a gente não sabe como é. Quando se sabe é mais fácil.” (6)

“Melhor. Já estou **acostumada.**” (4)

“**Já me acostumei.**” (12)

“Acho que **aceito bem a incubadora.** O problema é a distância com o bebê.” (11)

Porém, algumas mães disseram que não conseguiam enfrentar melhor a situação do bebê estar hospitalizado em uma UTI neonatal. Mesmo com o passar dos dias, continuava sendo difícil ir ao hospital diariamente e sentiam-se inseguras.

“**Continua sendo difícil.** Tenho dificuldade para tocar nele... tão frágil... tão pequenininho...” (5)

“**Continua sendo difícil,** não queria passar por isso. E não queria que a Virgínia passasse por isso.” (10)

“Agora **sinto-me insegura,** não vejo a hora de vê-lo grande, com peso para levá-lo para casa (...)” (9)

Duas mães referiram que conseguiram enfrentar bem a situação desde o início por sentirem-se preparadas pelos médicos, os quais já haviam lhe falado com vários dias de antecedência sobre a necessidade do bebê precisar ficar hospitalizado. Em um dos casos, a mãe havia visitado a UTIN antes do parto.

“Tudo bem. Estávamos **preparados** (...)” (3)

“Eu estava **preparada** para achar pior (...)” (2)

4.3. Sentimentos com relação à equipe médica

A maioria das mães disse que sentia-se segura com a equipe médica que estava atendendo seus bebês, achando-os competentes e atenciosos.

“Acho que é **uma boa equipe.** O médico é japonês, e isso me tranquiliza. Japonês quer dizer inteligência” (3)

“**Me sinto segura.** Médica **atenciosa.** Fala de maneira clara” (6)

Porém, algumas mães sentiram-se inseguras frente à equipe, por achá-los muito novos e pela rotatividade dos médicos nas equipes.

“**Insegura**, por serem os **doutorandos que cuidam** do bebê. Gostaria que fossem médicos mais velhos, mais experientes.” (11)

“Mais ou menos. **Sinto-me insegura** com residentes, **por serem novinhos** e mudar toda hora.” (4)

5. Sentimentos frente ao apoio marido/familiar

Esta categoria refere-se aos sentimentos despertados nas mães frente ao apoio do marido e de outros familiares. Na entrevista, este tema era investigado a partir das seguintes questões feitas às mães: “E o pai do bebê [como enfrenta a situação]?”; “Como está a relação de vocês?”. As respostas foram agrupadas em cinco subcategorias: 5.1. Sentimentos frente ao apoio do marido; 5.2. Dificuldades no relacionamento conjugal; 5.3. Sente-se longe da família pela permanência no hospital; 5.4. O pai e o bebê na UTIN; 5.5. Apoio de outros familiares.

5.1. Sentimentos frente ao apoio do marido

A maioria das mães referiu a importância de receber o apoio do companheiro. Elas sentiam-se bem com isto, pois as ajudavam; outras sentiam-se egoístas ao solicitarem o constante apoio do marido.

“Meu marido é otimista e **me dá apoio**, e isso é ótimo.” (2)

“Ele ajudou muito, **me confortando** (...)” (6)

“(...) **Ele me dá apoio**. Mas às vezes **me acho egoísta**, pedindo muito para ele. Ele também deve estar sofrendo... (...) (7)

“(...) mas é que me **sinto frágil** e preciso do apoio dele...” (7)

5.2. Dificuldades no relacionamento conjugal

Duas das mães entrevistadas disseram que o parto prematuro de alguma forma havia interferido em seu relacionamento conjugal, surgindo uma crise ou piorando a relação.

“No início, o parto antes da hora, e **tudo, afetou a nossa relação**. Ele ficou distante... Acho que me culpou... Mas nós conversamos e agora está tudo bem” (8)

“Nossa relação sempre foi turbulenta. Sempre **brigamos muito**, e pirou depois do parto.” (10)

5.3. Sente-se longe da família pela permanência no hospital

Algumas mães verbalizaram suas dificuldades com o fato de permanecerem muito tempo no hospital, e assim, ficarem longe dos familiares.

“A nossa relação é ótima! A **distância** é que é ruim. Nos vemos só nos fins de semana, e nos falamos por telefone” (11)

“A nossa relação está muito boa, quero dizer em ‘banho-maria’, já que passo a **maior parte do tempo aqui no hospital**” (9)

5.4. O pai e o bebê na UTIN

Algumas mães disseram que os pais dos bebês enfrentavam bem a situação de tê-los numa incubadora, na UTIN. Porém, outros pais tinham muita dificuldade, sentindo-se angustiados, com medo de perder o bebê, chegando, inclusive, a não conseguir entrar na unidade.

“Ele **aceita bem**” (3)

“Ele **enfrenta bem a situação**. Ele é mais forte que eu” (1)

“Ele tem **muita dificuldade para entrar**. Ele diz que é fraco para essas coisas, que não tem estômago para hospital” (8)

“Ele está mais tranqüilo agora. **Teve muito medo** quando ela foi entubada” (10)

“(…) Não gosta de vê-lo na incubadora, fica aflito, **angustiado.**” (9)

5.5. Apoio de outros familiares

Além do apoio do companheiro, várias mães referiram ser importante para elas, naquele momento difícil, receberem o apoio de outros familiares. Principalmente as mães que não estavam recebendo o apoio que julgavam necessário do companheiro, sentiam-se confortadas pelos demais familiares.

“**Minha mãe** fica quase o dia inteiro comigo enquanto eu estiver internada, e disse que virá sempre depois que eu tiver alta... e **isso é bom...** não fico sozinha... é difícil ficar sozinha numa hora dessas... ela me apoia bastante. **Minha irmã** também, vem sempre que pode.” (2)

“**Minha mãe me incentivou,** fui aceitando aos poucos [a gestação].” (12)

Considerações sobre a fala das mães

Como se pode ver pela análise das falas das mães, há um grande sentimento de desamparo frente à prematuridade de seu bebê. Elas estão trabalhando contra uma “reação de luto”. O luto depois de um nascimento prematuro é inevitável. As mães não somente demonstram esta reação pela perda do bebê perfeito que esperavam, mas também lamentam os “defeitos” no bebê que produziram, culpando-se a si mesmas, consciente ou inconscientemente. Sentem-se culpadas pela condição do bebê. A fim de superar estes sentimentos, são necessários tempo e um árduo trabalho pessoal. Embora a visitação ao bebê ajude-a nesta tarefa, ainda assim é necessário dar tempo ao tempo e se possível receber auxílio externo, o qual pode ser dado pela equipe médica do hospital.

As mães e os pais dos pré-termos precisam de muito apoio, tanto emocional como social. Por isso, faz-se necessário um atendimento sistemático às mães, durante toda a sua estadia no hospital e, inclusive, nos primeiros dias em casa, quando ela acaba, muitas vezes, sozinha cuidando do bebê. O apoio dispensado à mãe permitirá que ela possa estar tranqüila ao interagir com seu bebê, e conseqüentemente possa auxiliar nos cuidados do bebê, o que fortalecerá a relação mãe-bebê e o conseqüente desenvolvimento do bebê, ajudando a si e ao bebê.

A equipe técnica pode auxiliar neste processo reconhecendo o que os pais necessitam e tentando dar-lhes informações sobre o estado geral do bebê, assim como, ajudando aos pais a “lerem” os sinais comportamentais do seu bebê. Desta forma, os pais saberão, com mais segurança, a melhor forma e momento para interagir com o bebê.

Parte 2

Papel das intervenções na qualidade da interação mãe-bebê: uma avaliação qualitativa

Nesta parte examina-se o efeito de cada uma das duas intervenções (estimulação tátil ou fala afetiva) na qualidade de interação mãe-bebê. O objetivo foi o de examinar qualitativamente a evolução de cada um dos casos submetidos às intervenções. Num segundo momento, compara-se qualitativamente as duas intervenções, buscando-se estabelecer as particularidades e as semelhanças associadas a cada tipo de intervenção.

Os Anexos XI e XII apresentam detalhes da história progressiva de cada uma das mães e pais dos grupos submetidos às intervenções. Destaca-se ainda o planejamento da gestação, ocorrências durante a gestação e expectativas e impressões das mães frente ao parto. Num segundo momento, relatam-se as observações realizadas pela autora nos contatos diários com as díades durante a realização das intervenções, bem como através dos vídeos realizados durante as intervenções. Descreve-se, ainda, os comportamentos do pré-termo, na presença das mães.

A partir dos relatos apresentados no Anexo XI, discuti-se, a seguir, os principais aspectos dos casos relatados. Ao final da análise busca-se apontar para as particularidades e semelhanças encontradas nos casos submetidos a cada tipo de intervenção.

Conforme explicitado na metodologia, as observações das díades foram realizadas em três momentos: antes da intervenção, durante a intervenção e depois de cada intervenção. Tais momentos serão apontados, quando relevantes.

Examinando qualitativamente a intervenção estimulação tátil

Com base nas observações de cada um dos seis casos submetido à estimulação tátil (ver Anexo XI), assinala-se a seguir os principais achados que permitem avaliar qualitativamente este tipo de intervenção.

Díade 1 (Diana-Gastão Luis)

Diana relatou que desejou muito esta gestação, porém com o surgimento de problemas de saúde (placenta), foi forçada a ficar no hospital por muitos dias, o que ocasionou ansiedade e medos com relação à morte, tanto dela quanto do seu bebê.

O parto também foi vivenciado com dificuldades, por ter sido realizado com urgência, elevando novamente sua ansiedade, devido a seus temores frente à morte (o que ela verbalizou) e frente à possibilidade de perda do bebê. Tais sentimentos foram exacerbados na medida em que Diana não pode ver o bebê e não pode participar mais ativamente do parto, deixando-a insegura e impotente; o que ela mostrou ao dizer “Foi difícil, me senti triste... queria muito ter visto ele na hora do nascimento. Queria ter participado...”.

Ao ver seu bebê na incubadora pela primeira vez, Diana expressou dificuldades em interagir com ele, não conseguindo tocá-lo, mostrando o medo que sentia de poder machucá-lo. E ainda, outro fator de estresse sentido por Diana foi o ambiente da UTIN, o qual a assustou por ter tantos outros bebês também precisando de cuidados intensivos, e que estavam “sofrendo” como o dela.

Diana demonstrou novamente seu temor frente à sua morte, ao relatar que ficou preocupada com sua saúde por ter sido necessário receber transfusão de sangue após o parto. Ela expressou, ainda, uma idealização com relação à equipe do hospital, onde eles eram considerados os que sabiam cuidar do seu bebê. Ela mostrava-se segura em relação aos médicos e enfermeiras.

No 1º dia de intervenção, Diana se esforçou em fazer o que lhe foi proposto. O bebê, por sua vez, pareceu não receber muito bem a estimulação materna ao agitar-se e movimentar-se muito. Pode-se pensar que ele estivesse indicando que estava se sentindo invadido, considerando aquele estímulo como intrusivo. Porém, a mãe não percebendo tal sinal, continuou fazendo somente o que lhe haviam pedido, de forma mecânica. Isso mostra que ela não conseguiu refazer a conexão com seu bebê, a qual foi quebrada violentamente no parto prematuro.

Já no 2º dia de intervenção, durante a interação livre, antes da intervenção propriamente dita, pode-se observar as vicissitudes da interação desta díade, onde a mãe ainda não conseguia entender os comportamentos do bebê, na medida em que posicionou-se de forma que o bebê ficou com o rosto virado para o lado oposto ao seu, não sendo possível trocas face a face, e não sendo possível, também, que ela visse as expressões (sinais) faciais de seu bebê. Além disso, a mãe tocou-o somente nas costas,

mostrando um certo receio. O bebê novamente reagiu ao toque agitando-se no início, parecendo mostrar uma insatisfação, mas a mãe parecia não perceber isso e seguiu tocando suas costas. Somente no último minuto, o bebê pareceu “acostumar-se” com aquele toque, permanecendo inativo. Isso mostra que esta díade ainda não apresentava uma conexão satisfatória.

Neste segundo dia, Diana esforçou-se ainda mais em realizar a estimulação conforme solicitado pela observadora, utilizando as duas mãos, porém demonstrou sua dificuldade na interação, ao permanecer numa posição que não permitia uma maior troca com seu bebê (ele estava virado para o outro lado da incubadora). Em mais de um momento o bebê emitiu expressões de sorriso sem ser notado e respondido, em função da mãe não ver o rosto dele. O bebê mostrou-se um pouco mais tranquilo, somente alternando momentos de atividade e inatividade, característico dos bebês pré-termos. Já no período de interação livre, Diana voltou a tocar em seu bebê com somente uma mão, demonstrando novamente sua dificuldade em interagir e tocar em seu bebê, o qual, por sua vez, reagiu novamente agitando-se. Neste dia, ela parecia bastante dispersa dirigindo, várias vezes, sua atenção ao ambiente.

No 3º dia de intervenção, Diana disse que seu bebê já a reconhecia, e achava que era por isso que mexia-se quando ela o tocava, mas não de forma agitada, e sim como uma resposta interativa, o que evidencia o começo de uma conexão entre a díade.

Nos dias seguintes, Diana demonstrou desejos de se comunicar melhor com seu bebê, ao tentar acordá-lo durante as intervenções. Demonstrou, ainda, sua preocupação e um melhor vínculo com seu bebê, ao apontar o quanto ele estava desenvolvendo-se bem, e desta forma sentia-se estimulada pelo bebê a continuar esforçando-se em estabelecer uma boa interação.

Já no 7º dia de intervenção, os desejos de comunicação de Diana com seu bebê são maiores, pois ela verbalizou o quanto gostaria que ele abrisse os olhos, mostrando o quanto gratificante seria para ela poderem realizar trocas de olhares. Neste dia, foi possível observar uma melhoria na interação mãe-bebê em relação ao primeiro dia de intervenção, na medida em que a mãe posicionou-se face a face com seu bebê, possibilitando uma maior comunicação. Além disso, foi possível observar também, uma mudança no seu comportamento de toque, passou a utilizar as duas mãos não só durante a intervenção, mas também no período de interação livre, mostrando-se mais à vontade com seu bebê, parecendo com menos medo de machucá-lo ao tocar.

Isso também apareceu neste mesmo dia, durante a interação livre após a

intervenção, quando a mãe mudou novamente a posição do bebê para que ficasse com o corpo de frente, possibilitando uma maior movimentação e uma melhor troca, permanecendo em posição face a face e continuou a tocá-lo, atenta a seus movimentos. Apesar de que o bebê estivesse dormindo, pode-se dizer que ele estava tranquilo, aceitando bem o toque materno, na medida em que movia-se calmamente.

No dia seguinte (8^o), a autora pode constatar o envolvimento não só da mãe, mas também do pai com a estimulação tátil do bebê, ao encontrá-lo realizando a estimulação, pois a mãe não havia ido ao hospital por não sentir-se bem. O pai, ao mostrar-se esforçado em tocar em todo o corpo do bebê e ao referir que sabiam que era importante fazê-lo, mostrou que consideravam a intervenção de grande ajuda e eficácia para o desenvolvimento do bebê.

Nos dias que se seguiram, a mãe parecia satisfeita, referindo diariamente para a autora o quanto o bebê vinha engordando, mostrando seu agradecimento e alegria pela evolução de seu bebê e conseqüente afastamento da ameaça de morte. Porém, ainda encontrava-se em conflito por sentir-se culpada, ao sentir-se insegura frente à transfusão de sangue que o bebê recebeu para tratamento de anemia.

No 15^o dia de intervenção, Diana mostrou sentir-se mais tranquila quanto à transfusão de sangue e ao demonstrar desenvoltura nos cuidados de seu bebê (alimentação). Quando este mostrou-se agitado, ela procurou tranquilizá-lo com toques e o bebê voltou a dormir, mostrando, assim, o quanto o toque estava presente como algo bom e tranquilizador entre a díade. Neste último dia de intervenção, a díade parecia estar mais sincronizada, na medida em que a mãe respondia ao bebê de acordo com seus comportamentos. Contudo, Diana parecia também dispersiva, pois o marido estava presente e ela dirigia a atenção para ele, como se quisesse trazê-lo para uma interação mais próxima do bebê. Por vezes, ela conversou com ele apontando as características do bebê.

Ainda neste dia, durante a interação livre, Diana mostrou-se mais à vontade com seu bebê, pegando-o no colo, posicionando-o face a face para que pudesse vê-lo bem e comunicar-se com ele. Tentou acordá-lo, porém ao ver que o mesmo não respondeu conforme desejado, ela verbalizou sua frustração para a observadora. Abraçou-o várias vezes, mostrando-se muito afetiva e satisfeita por tê-lo no colo. Quando Diana começou a falar e ele acordou, ela mostrou-se gratificada, sorrindo e continuando a falar. Estes comportamentos da mãe frente ao bebê mostram que ela estava conseguindo estabelecer um vínculo positivo com seu bebê. A intervenção tátil parece ter contribuído para

facilitar este envolvimento da mãe com o bebê.

Durante a última entrevista, realizada após os quinze dias de intervenção, Diana demonstrou que sentia-se preparada e capaz de cuidar de seu bebê e levá-lo para casa. Isso pode ser visto quando ela referiu que já estava pintando o quarto do bebê, com o objetivo de deixar tudo preparado para a chegada dele – ao apontar que quando ele chegasse não haveria mais cheiro de tinta no quarto. A ameaça de morte estaria afastada, pois o bebê estava clinicamente bem e a mãe, sem os seus medos e ansiedades, poderia lidar melhor com o seu bebê.

Pode-se notar também, que o hospital passou a ser depositário das projeções maternas, quando ela diz que os médicos “tiveram que fazer transfusão de sangue no bebê, achei que não precisava...”. Como se agora fossem eles que pudessem causar-lhe algum mau e não mais ela.

Por fim, pode-se ver que o efeito da intervenção estimulação tátil foi efetivo na opinião de Diana, quando disse que ao fazer “a massagem todos os dias, a gente vai perdendo o medo, vai se aproximando do bebê”. A intervenção parece ter ajudado a mãe a elaborar suas dificuldades iniciais frente ao parto prematuro, perdendo o medo de machucá-lo, podendo tocá-lo, pegá-lo no colo e “fazer carinho”, ou seja, sentindo-se mais segura. E o bebê, por sua vez estava aceitando melhor o toque, não demonstrando mais ser algo intrusivo, podendo olhar para a mãe, gratificando-a e aumentando sua comunicação.

Díade 2 (Nara-Nanda)

A gestação de Nara foi muito desejada e com grandes expectativas. Mesmo não apresentando problemas de saúde, Nara expressou sentimentos de medo de abortar, e no final da gestação, com o surgimento da pressão alta, sentiu medo de prejudicar seu bebê, de não ser capaz de produzir um bebê normal e saudável. Quando soube que o bebê teria que nascer prematuramente, sentiu medo que ele não sobrevivesse.

Contudo, desde a gestação, Nara já expressava sentimentos afetivos com relação ao bebê, manifestos verbalmente quando disse ter adorado saber que teria uma menina, pois era o que desejava e logo escolheu o nome.

Suas expectativas negativas com relação ao parto não se comprovaram na vivência do parto. Sua culpa pelo parto prematuro e seu medo de que o bebê não fosse perfeito, lhe causaram muita ansiedade, à qual reagiu negando a realidade e não querendo ver o bebê logo após o parto. Porém, quando o viu pela primeira vez na

incubadora, sentiu-se muito emocionada e aliviada, pois seu bebê não apresentava problemas de saúde.

No 1º dia de intervenção, Nara mostrou-se animada, conversando com a observadora, apontando as características do bebê, e depois disse para ele ganhar peso rápido para ir embora do hospital. Isso pode estar mostrando o estresse vivenciado por Nara ao enfrentar o ambiente neonatal e seu desejo de não estar passando por esta situação. No dia seguinte, Nara apresentou-se deprimida e com sintomas somáticos, dizendo sentir dor no seio, que estava “empedrado”, e que sua vivência estava sendo difícil.

No 3º dia de intervenção, Nara mostrou-se ambivalente ao expressar sua alegria frente à autorização médica para amamentar, pois ao mesmo tempo que sentiu este estímulo da equipe médica como positivo, ela temia que seu leite pudesse prejudicar o bebê. Tal conflito, amamentar/leite perigoso, gerou uma ansiedade que dificultou o próprio ato de amamentação, onde o bebê, por sua vez não conseguiu pegar o seio. E quando conseguiu, elevou a ansiedade materna, sentindo dor, o que a fez retirar o seio.

Podemos notar dificuldades interacionais nesta díade quando Nara, ao realizar a estimulação tátil, posicionou-se de forma que o bebê ficasse com o rosto virado para o lado oposto, e desta forma dificultando a comunicação. Porém, notou-se um grande esforço da mãe ao realizar a intervenção e ao sorrir frente às expressões faciais do bebê. Apesar disso, ela ainda interpretou os movimentos do bebê como uma queixa a seu toque.

Nos minutos após a intervenção, Nara disse ter vontade de apertar e morder o bebê, porém teria que esperar que ele ficasse maior. Isso mostrou seu desejo de que o bebê fosse a termo, para que pudesse interagir com ele normalmente, ou seja, frente a um bebê mais responsivo, tendo que se adaptar a um bebê que não preenchia suas expectativas de “bebê ideal”. Tal desejo foi expresso novamente, ao verbalizar, para o marido, as características do bebê e o quanto faltava de peso para a alta, ou seja, para que pudessem interagir com o bebê de forma mais satisfatória e gratificante.

No 5º dia de intervenção, Nara demonstrou sua ansiedade quando disse que não queria tirar o tapa-olhos do bebê (em fototerapia), o que pode ser explicado como uma insegurança frente à sua capacidade de cuidar do bebê, com medo de que pudesse vir a machucá-lo. É possível notar um efeito da intervenção, na medida em que Nara tocou em seu bebê e ele respondeu movimentando-se sem agitação, com movimentos mais suaves, como se estivesse contribuindo para a interação com a mãe, reagindo ao seu

toque com tranquilidade.

No 7^o dia de intervenção, a díade mostrou uma melhora na comunicação, pois o bebê tentou abrir os olhos durante a intervenção, o que fez com que Nara olhasse e sorrisse para o bebê. No dia seguinte, Nara mostrou-se preocupada por não poder tocar no bebê como de costume, já que ele estava no berço comum e vestido. Ainda assim, esforçou-se para continuar com a estimulação diária, realizando-a sob as cobertas. Desta forma, demonstrou a importância que a intervenção vinha tendo para sua interação com o bebê. Além disto, expressou diversos comportamentos afetivos ao beijar e falar com o bebê, quando este estava em seu colo. Nara posicionou-se face a face com ele, facilitando a comunicação da díade. Percebe-se, então, um grande esforço de adaptação da mãe ao seu bebê real, pois mesmo sendo pouco responsivo, ela procurava estimulá-lo a interagir.

No 12^o dia de intervenção, Nara mostrou-se preocupada com a temperatura baixa do bebê, e quando ele foi colocado em um berço aquecido, sem roupas, ela aproveitou para realizar a estimulação tátil, mostrando sua atitude positiva em relação à intervenção, na medida em que ela a usou como uma forma de poder ajudar seu bebê, no momento em que este estava tendo dificuldades na sua auto-regulação fisiológica.

Na última intervenção, notam-se claros comportamentos interativos e responsivos, pois quando o bebê agitou-se, a mãe o embalou na tentativa de acalmá-lo e, quando ele expressou insatisfação facial, ela o aconchegou em seu colo. Ela estimulou-o a acordar, interpretou seus movimentos e expressões, sorriu frente as suas expressões faciais, falou baixinho e posicionou-o face a face; o bebê, por sua vez, respondeu a estes estímulos movendo cabeça e braços, abrindo a boca, emitindo expressões faciais e abrindo os olhos, mostrando, assim, uma maior interação em comparação aos primeiros dias de intervenção.

Na última entrevista, Nara expressou novamente seu desejo e expectativas frente à alta hospitalar do bebê e, neste momento, demonstrou maior segurança e capacidade de cuidar seu bebê em casa, na medida em que não sentia-se mais culpada, se permitindo exercer o papel de mãe satisfatoriamente. Além disso, pode-se ver que o efeito da intervenção estimulação tátil foi efetivo na opinião de Nara, quando disse que gostava de tocar em seu bebê, mesmo por baixo das cobertas, pois, desta forma, o bebê olhava para ela e sorria; tal troca a gratificava. Nara, mencionou, ainda, em forma de agradecimento, o quanto a participação neste estudo a ajudou a sentir-se mais próxima de seu bebê.

Díade 3 (Sandra-Taís)

Segundo Sandra, esta foi uma gestação planejada, mas ela ficou decepcionada em saber que não teria um menino, como desejava. Então foi necessário se adaptar a outra imagem de bebê, diferente do que esperava. Sua dificuldade também ficou clara na dificuldade de escolher o nome, ficando esta decisão para o pai, o qual, ao contrário, desde o início demonstrou grande alegria e gratificações com cada notícia.

Ela demonstrou sua ansiedade desde o início da gestação ao sentir medo de perder o bebê. Ao sentir que o feto mexia-se, interpretou que ele estava bem, e sentiu-se aliviada, diminuindo sua ansiedade.

Seus temores acerca da sobrevivência do bebê estavam presentes na hora do parto, o que foi exacerbado por ter sido um parto de emergência, rápido nas palavras dela - devido à pré-eclâmpsia. Além disso, Sandra disse que não estava preparada para ser mãe ainda, não havia dado tempo. A sensação de “rápido” pode estar denotando o seu desamparo com a necessidade de antecipar os fatos, sem estar preparada. Como ela não pode ver o bebê com tempo suficiente como gostaria, suas fantasias de medo frente à morte ficaram mais intensas. Ela tranqüilizou-se frente à incubadora, quando viu seu bebê pela primeira vez, pois o mesmo nasceu sem problemas de saúde. Ela pode constatar que ele estava bem e perfeito, apesar do pequeno tamanho (1120g). Mesmo assim, expressou medo de tocá-lo, achando que poderia machucá-lo.

Porém todas as suas ansiedades anteriores, durante a gestação e parto, voltaram à tona, quando o bebê apresentou problemas intestinais, sendo necessário a transferência para a sala de isolamento.

Sandra expressou, ainda, uma idealização com relação ao chefe da equipe do hospital responsável pelo atendimento de seu bebê, pois considerava-o inteligente e competente ao cuidar do seu bebê por ser “japonês”. Isto também apareceu em sua “segurança” em relação aos médicos e enfermeiras.

No 1º dia de intervenção, Sandra estava muito ansiosa frente ao quadro médico em que se encontrava seu bebê, por ter este que permanecer no isolamento. Isso a fez sentir-se ansiosa e com receio de interagir, principalmente tocá-lo. Apesar disso, ela quis continuar participando do estudo, e esforçou-se em realizar o que estava sendo proposto, como uma tentativa de ajudá-lo a se recuperar mais rápido. O medo com relação à saúde de seu bebê a fez não querer tirar o tapa-olhos, pois achava que iria

machucá-lo; também não conseguiu entender tudo o que a observadora havia lhe dito, e iniciou tocando somente nas costas. Com nova orientação, ela passou a tocar em todo o corpo do bebê.

No 2º dia de intervenção, Sandra sentia-se feliz com a melhora do bebê, mas ainda mostrava-se ansiosa, não conseguindo tirar o tapa-olhos para realizar a intervenção. Pode-se notar a dificuldade de interação desta díade, pois o bebê encontrava-se com o rosto virado na posição oposta. Além disto, ela tocou-o somente nas pernas e com a ponta dos dedos e, muitas vezes, direcionou sua atenção para o ambiente. E quando o bebê mexeu-se ela retirou a mão rapidamente, como se estivesse com receio de estar incomodando.

Apesar das dificuldades, pode-se notar o esforço que Sandra fazia para estar em contato com seu bebê tocando-o todo o tempo, e o quanto ela estava atenta a seus movimentos, pois mesmo direcionando sua atenção ao ambiente neonatal - o qual estava barulhento - ela percebia todos os movimentos do bebê e respondia a eles.

No 4º dia de intervenção, o bebê havia sido transferido para outra sala, pois estava evoluindo bem fisiologicamente. Sandra mostrou sinais depressivos, pois estava com expressão abatida e segurando o choro. O fato de preocupar-se com o leite, dizendo que seu bebê nunca mamou e que o leite acabaria secando - o que foi reforçado pela médica - pode ser interpretado como sentimentos de impotência frente ao desenvolvimento da filha, em termos de não poder fazer seu papel materno, na medida em que estava impedida de amamentar. E como consequência, por não ser uma boa mãe, seu leite secaria.

No 5º dia de intervenção, a mãe expressou que sentia-se melhor, não tão ansiosa e deprimida como no dia anterior, pois seu bebê havia aumentado de peso e estava ingerindo mais alimento, o que a gratificou por saber que ele estava desenvolvendo-se bem, apesar de não estar sendo amamentado. O bebê, por sua vez, reagiu com sustos quando tocado, ao que a mãe respondeu segurando sua mão na tentativa de acalmá-lo e lhe transmitir segurança. O bebê mostrou-se dormindo e inativo por períodos muito longos, continuou pouco responsivo, e Sandra, conseqüentemente frustrada, dizendo que ele não havia acordado ainda.

No 8º dia de intervenção, Sandra parecia mais à vontade com a realização da intervenção, não se angustiando mais frente aos movimentos do bebê, e conseguindo realizar melhor a estimulação tátil. Porém, o bebê continuou em fototerapia com tapa-olhos, o que dificultava a comunicação visual e a interação desta díade. Com isto, eles

ainda não tiveram a chance de se comunicar satisfatoriamente. A mãe deixou o rosto do bebê em posição oposta à sua enquanto realizava a intervenção, desta forma, sem comunicação. Durante a intervenção, pode-se verificar que Sandra já conseguia tocar em todo o corpo do bebê de forma mais sistemática. O bebê reagia movendo-se, mas sem dar sinais de insatisfação, e sim, sinalizando as partes do corpo “preferidas” para serem tocadas. Tais reações foram entendidas por Sandra, que mudou o toque para outra parte do corpo, quando percebeu que o bebê não estava aceitando muito bem o toque próximo ao pescoço.

No 9º dia de intervenção, Sandra expressou sua insegurança com relação à equipe médica, desconfiando de suas capacidades para cuidar do seu bebê. Ela demonstrou dificuldades interativas, pois achou que o bebê estava bravo com ela e, novamente, realizou a intervenção com o bebê virado para o lado oposto. Quando a auxiliar virou o rosto do bebê para seu lado, ela expressou sucintamente o porquê de suas dificuldades interativas ao dizer que ele era um bebê que a frustrava por ser pouco responsivo – “sempre dormindo. Só abre um olhinho”.

Nos dias seguintes, Sandra mostrou-se deprimida, com sinais de tristeza e cansaço, com a febre e perda de peso do bebê. Porém, pode-se ver que a comunicação da díade estava apresentando progresso, pois ela realizou a intervenção com o bebê virado para si, facilitando a troca visual e conseqüentemente uma maior comunicação.

No 11º dia de intervenção, o bebê deu sinais mais claros para a mãe de suas preferências ao ser tocado, ao que a mãe entendeu e respondeu adequadamente. Ela olhou para ele sorrindo e depois, ao pegá-lo no colo pela primeira vez, expressou estar feliz e gratificada, conversando com o bebê.

No 15º dia de intervenção, no período de interação livre, Sandra continuou demonstrando cansaço e desânimo preferindo somente observá-la sem tocar. Durante a intervenção, apesar do cansaço da mãe, ela e Taís pareciam estar interagindo melhor, na medida em que a mãe mostrou-se atenta aos sinais do bebê, que por sua vez reagiu movimentando-se e continuou sinalizando suas preferências. Após a intervenção, Sandra ficou olhando carinhosamente para a filha deixando a impressão de que já a estava aceitando como seu bebê real.

Na última entrevista, após a intervenção, Sandra verbalizou o quanto estava gratificada com a evolução de seu bebê, o qual estava ganhando peso, sem apresentar febre. Com isso, ela estava podendo experimentar sua capacidade materna para cuidar bem do bebê, e como ele não estava mais doente, aliviou sua ansiedade. Ao pegá-lo no

colo, ela pode estabelecer uma relação mais próxima com a filha. Em contrapartida, ela demonstrou sua insegurança frente à nova médica, em quem projetou seus sentimentos de incapacidade; e também sentiu-se decepcionada frente ao abandono do médico anterior, que viajou para o exterior.

Por fim, pode-se ver que o efeito da intervenção estimulação tátil foi efetivo na opinião de Sandra, quando verbalizou que tocar no bebê diariamente fez diferença, pois ajudou a não sentir mais medo de pegar o bebê no colo, e que com o passar dos dias, sentiu prazer em fazê-lo.

Díade 4 (Valéria-Raquel)

Valéria expressou sua ambivalência com relação a esta gestação desde o início, quando não admitiu seu desejo de ter outro filho, projetando a decisão no mundo externo – “nas mãos de Deus”. Tal ambivalência se repetiu na sua sintomatologia somática – enjôos, azia e dores de cabeça – assim como quando negou a gestação ao não sentir os movimentos do bebê, o que a levou a apresentar medos fantasiosos de incapacidade de gerar um bebê perfeito. Essas fantasias foram exacerbadas com o surgimento de sintomas físicos como pressão alta e retenção de líquido.

Apesar de Valéria desejar um menino, pois já tinha duas filhas, pode-se ver que ela adaptou-se com facilidade à idéia de que teria outra menina, pois já havia escolhido um nome feminino caso fosse uma menina.

Devido à pré-eclâmpsia, foi indicado o parto prematuro, que foi vivenciado por Valéria como algo muito difícil, pois desejou que fosse feito parto cesariano, com brevidade, já que estava com medo frente ao seu estado de saúde.

A mãe expressou sua decepção em relação ao bebê real – “feinha” –, quando a viu na incubadora pela primeira vez. Contudo, verbalizou que ela seria forte, o que pode ser interpretado como uma tentativa de elaborar a perda do bebê imaginário e se adaptar ao bebê real, pois este era pequeno e frágil, necessitando de cuidados intensivos.

No 1º dia de intervenção, pode-se ver que a mãe preferiu realizar a intervenção sem interromper a fototerapia, pois apresentou receio em retirar o “tapa-olhos” do bebê, mesmo quando a auxiliar de enfermagem e residente disseram que poderia tirar e desligar a luz por 30 minutos sem problemas. Isso pode ser interpretado como medo de machucar o seu bebê. Além disso, Valéria mostrou-se ansiosa ao falar e tocar seu bebê ao mesmo tempo, na tentativa de estimulá-lo e ajudá-lo, mas logo passou a agir conforme a orientação recebida da autora, ou seja, tocar em todo o corpo do bebê.

No 2º dia de intervenção, Valéria expressou seu desejo de interagir com Raquel, pois posicionou-se de forma a ficar de frente para o bebê e tentou acordá-la, na tentativa de realizar uma troca visual, comunicando-se. O fato do bebê não acordar não foi uma fonte de grande frustração para ela, pois sabia que os bebês dormiam profundamente após mamar, o que havia ocorrido poucos minutos antes. Durante a intervenção, Valéria demonstrou um maior vínculo com seu bebê, quando apontou características dele de forma afetiva. Porém, mostrou ainda sua insegurança frente ao estado de saúde do bebê, ao verbalizar sua preocupação com a oscilação do ritmo de respiração do bebê e sentiu a necessidade de pedir uma confirmação externa de que ele estava bem – “é normal, né? Ela é muito magrinha”.

Pode-se ver nesta intervenção uma clara interação entre esta díade, pois quando o bebê realizou movimentos como abrir os olhos e espreguiçar, a mãe respondeu a tais movimentos verbalizando-os e empenhando-se em prolongar esta interação. Além de procurar confortá-lo quando este deu sinais de insatisfação.

No 3º dia de intervenção, Valéria verbalizou sentir prazer em realizá-la e achar ser importante para as duas, e que ajudava a sentir-se mais à vontade e mais próxima – “fico quase todo o dia tocando nela”. Nos dias que se seguiram deu para perceber o quanto esta díade estava interagindo satisfatoriamente, pois quando Valéria começou a tocar em seu bebê que dormia, ele acordou, permanecendo alerta e ativo, e com isso facilitou a comunicação diádica, ocorrendo trocas visuais e sorrisos.

No 9o. dia, Valéria expressou suas expectativas e ansiedades frente ao desenvolvimento do bebê para poder levá-lo para casa. Na medida em que ele aumentava poucas gramas, ela sentia-se frustrada porque isso representava mais dias de hospitalização. Suas expectativas com relação à ida para casa são demonstradas novamente, quando referiu estar feliz porque a família viria visitá-las no dia seguinte.

No 15 º dia de intervenção o bebê apresentou apnéias, o que desencadeou novamente em Valéria medo de que o bebê adocesse e não sobrevivesse. Isso acabou interferindo na intervenção programada para aquele dia na medida em que ela teve receio de que quando tocasse no bebê, ele reagiria fazendo apnéias. Frente a estes acontecimentos (saúde do bebê e ansiedade da mãe) a última intervenção foi transferida.

Dois dias depois, na última intervenção, o bebê estava melhor e com isso, a mãe estava mais tranqüila. Apesar de ainda preocupada, Valéria conseguiu estabelecer uma boa interação, uma vez que posicionou-se face a face, falou para o bebê, e esteve sempre atenta a seus movimentos, respondendo adequadamente. Em função de suas

preocupações sobre a apnéia por diversas vezes Valéria dirigiu sua atenção para o ambiente, a fim de verificar o nível de oxigenação do bebê expresso pelo saturômetro.

No final da intervenção, Valéria falou para a observadora, o quanto a intervenção estava sendo eficaz, inclusive nos momentos considerados difíceis, pois ajudava o bebê a se acalmar, achando que isto o ajudava inclusive a não apresentar mais apnéias. Por fim, pode-se ver que o efeito da intervenção estimulação tátil foi efetivo na opinião de Valéria, pois disse que massagear o bebê diariamente ajudou a sentir-se mais próxima dele e que juntamente com as conversas com a autora (entrevistas), pode sentir-se bem com sua filha, sentindo-a como verdadeiramente sua.

Díade 5 (Bianca-Guilherme)

Bianca desejava muito ter um filho e já vinha tentando engravidar há vários anos. Como sofreu um aborto em 1994, sua atual gestação foi vivenciada com muito medo de novamente abortar. O medo frente a possibilidade de uma nova perda foi tão intenso, que Bianca negou sua atual gravidez, só permitindo-se aceitá-la quando já estava com 5 meses de gestação, quando sentiu os movimentos fetais.

Seu medo de abortar foi reforçado por suas condições de saúde (Diabete Melitus), e por isso foi necessário ser hospitalizada várias vezes, o que a fez desejar que o bebê nascesse logo. Tais sentimentos a fizeram sentir-se culpada, principalmente quando foi indicado o parto prematuro.

O parto foi vivenciado com muita dor. Ela emocionou-se quando pode ver que o bebê estava bem e que era perfeito. Porém, mostrou-se insegura quanto a sua sobrevivência, sentindo-o como frágil e indefeso ao dizer que seu choro era baixinho parecendo um “ratinho”. Tais sentimentos afloraram novamente quando ela o viu na incubadora pela primeira vez, quando deprimiu-se ao se deparar com um bebê real muito pequeno, precisando de cuidados. Além disso, Bianca referiu ter dificuldades para tocar em seu bebê. Ela também demonstrou sua insegurança frente à equipe médica, ao vê-los como pessoas inexperientes para cuidar de seu bebê.

No 1º dia de intervenção, Bianca, apesar de aparentar fraqueza e desânimo por ainda estar hospitalizada, tentou conformar-se com a situação, com o objetivo de poder estar mais perto do bebê, e assim, ajudá-lo. Ela estava com soro na mão direita, por isso só tocou no bebê com a esquerda. Ela permaneceu todo o período da intervenção tocando suavemente em todo o corpo do bebê, conforme o orientado e o bebê se

espreguiçou cada vez mais durante a intervenção. A mãe verbalizou seus sentimentos em relação ao bebê, dizendo achá-lo sensível e que sentia-se triste por ainda não ter visto os “olhinhos” dele.

No 2º dia de intervenção, Bianca mostrou o quanto difícil estava sendo esta vivência, pois ao se deparar com o bebê sendo submetido a um procedimento da enfermagem, continuou a observar a cena ao invés de se retirar, o que a deixou muito angustiada, segundo verbalizou. Depois, ao aproximar-se da incubadora, ela demonstrou sua dificuldade em tocar no seu bebê, ao dizer que tocaria somente com uma mão, justificando que não abriria as duas portinholas para não “esfriar lá dentro”. Durante a intervenção, Bianca mostrou seu esforço em interagir com o bebê, pois parecia concentrada em tocar em seu bebê, respondendo adequadamente a seus movimentos. O bebê, por sua vez, reagiu ao toque materno, movimentando-se e “sorrindo”, o que a gratificou, servindo como um estímulo para que ela continuasse buscando esta interação. Cabe ressaltar ainda, a importância do contato visual para Bianca, o que foi demonstrado pela sua alegria ao ver os olhos do bebê pela primeira vez.

No 6º dia de intervenção, Bianca mostrou sua frustração frente a um bebê pouco responsivo, ao dizer que ele dormia quase que o dia inteiro. Mesmo assim, ela procurou se adaptar a este bebê, programando-se para estar sempre presente em um momento que ela percebeu que ele permanecia acordado – banho – e desta forma, possibilitando uma maior comunicação.

No 8º dia de intervenção, Bianca, apesar do cansaço aparente, esforçou-se em interagir com o bebê, estimulando-o a acordar. E ele respondeu movimentando-se. Durante a intervenção, o bebê permaneceu inativo, levando a mãe a se desestimular, e direcionar sua atenção para o ambiente. Mas no momento em que ele voltou a se movimentar, Bianca voltou sua atenção novamente para ele, retomando a interação, a qual se manteve, inclusive no período após a intervenção.

No dia seguinte, a mãe mostrou-se ambivalente na interação com seu bebê, pois ao mesmo tempo em que mostrou satisfação em ter o bebê no colo, desejando prolongar ao máximo esta sensação, ela expressou receio quanto à amamentação, o que pode ser interpretado como medo de que pudesse prejudicar o bebê através de seu leite. Tal fantasia foi reforçada dois dias depois, quando após o bebê ter mamado, ela o pegou no colo, ele apresentou desconforto, vomitando e ela sentiu-se culpada.

Na última intervenção (15ª), Bianca mostrou-se mais desenvolta e confortável ao prestar cuidados ao bebê, pois conseguiu fazê-lo interagindo com ele, ou seja, falando e

o manuseando. O bebê, por sua vez, estava mais alerta quando comparado ao início do período de intervenção e movimentou-se respondendo aos estímulos materno. Porém, o bebê dormia antes de iniciar a intervenção propriamente dita, e Bianca mostrou-se desanimada e direcionou sua atenção para o ambiente, o qual estava barulhento. Durante a intervenção propriamente dita, Bianca tocou em todo o corpo do bebê, porém sem prestar atenção nele. Seu estado de distração era tal que mesmo quando o bebê reagiu, movimentando-se, Bianca não percebeu.

Tal episódio evidencia que a intervenção estimulação tátil pode ser realizada sem que a mãe esteja direcionando sua atenção ao que está realizando, e apenas seguindo as instruções de forma mecânica. De qualquer modo, o fato da mãe estar tocando no bebê, ajudou-o na medida em que ele reagia, movimentando-se.

Na última entrevista, Bianca referiu suas expectativas e receios quanto à proximidade da alta do bebê. Sentia-se ambivalente, pois desejava muito levá-lo para casa e sair da UTIN, mas tinha medo de não ser capaz de cuidá-lo sem a estrutura hospitalar e medo de que o próprio bebê não se adaptasse facilmente ao ambiente fora da incubadora. Além disso, ela mostrou sua insegurança frente a sua competência como mãe, ao idealizar a equipe médica, como se eles fossem os únicos capazes de cuidar satisfatoriamente de seu bebê.

Por fim, pode-se ver que o efeito da intervenção estimulação tátil foi efetivo na opinião de Bianca, quando esta referiu sentir-se mais próxima do bebê, não sentindo medo de pegá-lo, como acontecia no início da intervenção e sentindo-se mais segura, atribuindo tudo isto à intervenção realizada.

Díade 6 (Neuza-Amanda)

Apesar de Neuza referir que esta gestação havia sido muito desejada por ela e seu marido, ela se contradisse em alguns momentos da entrevista, dizendo que era o marido que queria muito ter outro filho, deixando a entender que ela concordou com a idéia mais pelo marido do que por ela mesma.

Seus temores com relação à perfeição do bebê, foram exacerbados no quarto mês de gestação, quando soube que estava apresentando pré-eclâmpsia. Na verdade, ela disse que se tratava de temores “bem psicológico mesmo” -, pois estava sob controle médico.

A possibilidade do parto prematuro já havia sido referida pela médica que

atendia Neuza, devido à pré-eclâmpsia. Ela disse que tentou se preparar para isso, mas não foi eficaz, ou seja, não havia tido tempo suficiente para preparar-se para ser mãe, e juntamente, com o fato de saber que o bebê nasceria antes do tempo, ainda “não pronto” para ter garantias de que sobreviveria, fizeram com que Neuza se sentisse ainda mais ansiosa e despreparada frente ao medo de perder seu bebê.

No parto, Neuza sentiu muito medo de perder o bebê, o que foi exacerbado pelo fato dos médicos avisarem a ela que o bebê estava em “agonia”. Quando viu que o bebê chorou ao nascer, sentiu-se aliviada por ver que estava vivo, e, tentando se conformar com a situação, associou o choro a boa respiração, bons pulmões, ou seja, que estava perfeito.

Como ela teve que permanecer na UTI por três dias devido a sua pressão alta, não pode ver o bebê neste período. O marido lhe dava notícias, mas Neuza não se satisfazia, pois estava com medo de que ele não estivesse lhe falando a verdade; ela sentia necessidade de poder vê-lo pessoalmente. E ao vê-lo pela primeira vez na incubadora, ela referiu que ficou “traumatizada”, pois o bebê que estava vendo era muito diferente do seu bebê imaginário. Além disso, estava entubado e ela sentiu medo de que o bebê não sobrevivesse porque os pulmões não estavam “prontos” o suficiente para respirar sozinho.

Com o passar dos dias, ao ver que a filha estava evoluindo bem, sua ansiedade foi diminuindo, ajudando-a a não sentir-se tão angustiada frente à incubadora. Desta forma, passou a ser uma situação já conhecida, onde ela sabia como encontraria o bebê, tornando a vivência mais fácil de se enfrentar.

No 1º dia de intervenção, Neuza expressou seus temores em tocar no bebê, mostrando-se insegura e angustiada quando ele se mexia, interpretando como se estivesse incomodando-o.

No 2º dia de intervenção, a mãe mostrou-se ambivalente em relação a interação com seu bebê. Disse que no dia anterior havia feito novamente a estimulação, e que por um lado achou que o bebê aceitou melhor a intervenção, mas que por outro, ele não acordou, o que a frustrou por não ter tido a oportunidade de realizarem trocas visuais. Isso mostra suas dificuldades em interagir com um bebê real pouco responsivo, diferente do que esperava.

Neste segundo dia ficou claro as dificuldades interativas da mãe. A mãe apresentou receio em tocá-lo, o bebê reagiu movimentando-se de forma agitada, o que fez com que a mãe se angustiasse e parasse de tocar. Durante a intervenção, Neuza

mostrou seu desejo e necessidade de interagir melhor com o bebê, ao dizer que ele não queria acordar, e o quanto ela gostaria que ele acordasse para possibilitar uma maior troca e conhecimento mútuo. Esforçando-se em realizar a intervenção, a mãe encontrou uma maneira eficaz de acalmar o bebê, quando este agitava-se: ela repousava sua mão sobre a barriga dele. No final da sessão, pode-se ver que o bebê estava mais calmo, e a mãe mais capaz de aproximar-se dele, posicionando-se face a face com ele, possibilitando uma maior troca.

No 3º dia de intervenção, pode-se ver que o bebê ainda reagiu ao toque agitando-se, o que angustiou a mãe, fazendo-a realizar pausas em seu toque. Em seguida, com a ajuda da observadora, ela percebeu as preferências do bebê, e passou a tocá-lo na cabeça de forma que ele não se agitasse muito. Quando a médica avisou que o bebê seria transferido de sala, o que significava que estava evoluindo bem, a mãe expressou seus desejos de poder pegá-lo no colo, para senti-lo mais próximo. Como isso não era permitido ainda, ela mostrou-se frustrada frente a demora em poder estabelecer uma relação mais gratificante com seu bebê.

Nos dias seguintes, pode-se ver uma melhora na interação, pois a mãe mostrou-se menos ansiosa quanto aos movimentos do bebê, não sentindo necessidade de parar de acariciá-lo quando ele se movimentava. O bebê parecia mexer-se mais suavemente, mais relaxado. Isso mostrou que Neuza sentia-se mais à vontade e permitia-se tocar em seu bebê, e este, por sua vez, aceitava melhor o toque materno. Além disso, a mãe mostrou-se satisfeita com a evolução do bebê, comentando o constante aumento de peso.

No 8º dia de intervenção, apesar da suspeita de hidrocefalia e do conseqüente medo que Neuza apresentou com relação às seqüelas, pode-se ver que o período de interação livre transcorreu de forma mais tranqüila, onde Neuza mostrou-se mais à vontade ao tocar todo o corpo do bebê com as duas mãos. O bebê pareceu mais tranqüilo, movendo-se lentamente e com menor frequência quando comparado às primeiras intervenções. Quando o bebê moveu-se mais, a mãe parou de tocar, como uma espera para que ele se organizasse e depois voltou a tocar, mostrando assim, comportamentos interativos mais adequados. Durante a intervenção, a mãe mostrou-se mais preocupada com o bebê, apontando prováveis problemas que ele estaria apresentando – “cabeça bem molinha em algumas partes” e “como ela está preguiçosinha, mexe só de vez em quando”. Ela demonstrou estar ansiosa e desamparada. Quando o pai chegou e tocou no bebê ao mesmo tempo que a mãe, o bebê

reagiu, dando sinais de estresse, como se os diversos estímulos que recebia ao mesmo tempo fossem excessivos para o bebê. Porém, no final da sessão, o bebê pareceu se “acostumar” com o toque duplo dos pais, e aceitou tranquilo, acordando e sorrindo, desta forma, gratificando os pais e estimulando-os a interagirem com ele. Mas quando a mãe o manuseou, ele reagiu chorando, dando novamente sinais de que se desorganizou, ao que ela respondeu colocando-o de volta na posição em que estava e falando baixinho na tentativa de acalmá-lo. Pode-se ver com isso, que Neuza estava atenta ao bebê, e estava esforçando-se para ajudá-lo através de sua interação. Depois ela o pegou no colo pela primeira vez, o que a gratificou, pois foi possível ter o bebê mais próximo a ela, posicionando-se face a face, havendo uma melhor comunicação.

No 10º dia de intervenção, pode-se ver claramente uma melhoria na interação desta díade, pois a mãe tocou em todo o corpo do bebê, que reagiu acordando e “sorrindo”, o que fez a mãe sentir-se gratificada, sorrindo para ele, posicionando-se face a face para uma maior comunicação visual. Com a mudança de equipe médica, e o diagnóstico da nova médica, a mãe iniciou um processo de negação frente à possibilidade do bebê estar apresentando hidrocefalia, projetando e decepcionando-se com a médica anterior, a qual ela acusou de não ter se despedido. Tal negação ficou evidente no dia seguinte, na medida em que Neuza e o marido mostraram-se tranquilos ao interagir com o bebê, mesmo quando ele apresentou tremores nos membros. O bebê estava alerta e ativo, o que gratificou os pais, estimulando a interação; e também, apontaram as características do bebê, como que para provarem para si mesmos que ele estava evoluindo bem e não poderia estar doente.

Na última intervenção (15ª), ocorrida minutos antes de uma mamada, o bebê mostrou-se desorganizado (agitado) por estar com fome. Neuza interpretou tal comportamento adequadamente e procurou acalmá-lo através do toque em todo seu corpo e virando a cabeça dele para a sua direção nos momentos em que ele virou para o lado oposto devido a sua grande agitação. Isso mostra que ela procurou acalmá-lo interagindo, posicionando-se face a face, inclusive sentando-o em um momento, para que ficassem mais próximos.

Por fim, pode-se ver que o efeito da intervenção estimulação tátil foi efetivo na opinião de Neuza, quando esta referiu, agradecendo, sentir-se forte, mais segura e mais próxima de sua filha.

Síntese da Avaliação Qualitativa da Intervenção Estimulação Tátil

Com base nas discussões de cada caso, pode-se ver que para todas as mães que participaram da intervenção estimulação tátil, o parto prematuro foi vivenciado com dificuldades, por ter sido realizado com urgência, elevando a ansiedade devido a temores frente à própria morte e frente à possibilidade de perda do bebê. Examinando a questão da prematuridade, Lebovici (1987) enfatizou que, frustrada, a mãe é exposta nesta situação a se sentir ferida em seu narcisismo por não ter podido levar a termo sua gestação. Para Lebovici o nascimento prematuro da criança pode representar a confirmação de suas fantasias de castração - ela deu à luz um bebê “não concluído”, “incompleto”.

Além disso, o desejo das mães (ex. Valéria e Bianca) de que o parto fosse feito com brevidade, devido ao seu estado de saúde fez com que se sentissem culpadas. Isto foi interpretado pelas mães como um ato egoísta uma vez que estavam pensando na sua própria saúde, e não no bebê em primeiro lugar.

Na verdade, todas as mães vivenciam o nascimento de um bebê pré-termo de maneira muito estressante. Fisicamente e psicologicamente, o processo de gestação de nove meses é interrompido abruptamente e os pais sentem-se tipicamente despreparados com o nascimento (Hughes & McCollum, 1994). Esta separação física é amplificada de maneira considerável, segundo Lebovici (1987), por uma “segunda” separação, já mencionada acima que é o fato do bebê, muitas vezes, estar em uma outra sala em uma incubadora, quando não é transportado a um outro hospital, por vezes em outra cidade.

Além disso, como enfatizou Anderson (1986), um período de recuperação prolongada tem enormes conseqüências na interação inicial mãe-bebê. A separação imediatamente depois do nascimento atrasa a início do processo de apego para díades mãe-bebê (Niven et al., 1993).

A situação de separação forçada aumenta os sentimentos dos pais de serem inúteis porque eles ficam incapazes de responder ou interagir com seu bebê do modo como a maioria dos pais tipicamente interage (ex. ‘ninando’, falando, etc). Na verdade, nas oportunidades para interagir com o bebê pré-termo, as ações dos pais podem ter um efeito oposto ao desejado quando, por exemplo, o bebê mostra sinais de desconforto frente à interação. Conseqüentemente, os pais ficam confusos e às vezes ainda mais ansiosos do que antes (Hughes & McCollum, 1994). Assim, a interação mãe-bebê pré-termo é imediatamente perturbada. Em casos mais graves ela é, inclusive,

temporariamente suprimida em função do bebê e dos pais estarem separados em razão da imaturidade biológica do recém-nascido, da necessidade de pô-lo numa incubadora, ou de realizar outros cuidados médicos.

Estas situações apontadas na literatura foram evidenciadas também entre as seis díades submetidas à intervenção estimulação tátil. A maioria das mães ficou impressionada ao ver seus bebês nas incubadoras pela primeira vez, devido ao pequeno tamanho e necessidade de cuidados intensivos. Estes medos a respeito da sobrevivência do bebê e a impossibilidade de cuidados normais foram apontados por Niven et al (1993) como afetando fortemente o apego pais-bebê pré-termo.

A maioria das mães idealizou a equipe médica, seja no início da hospitalização (Diana, Nanda, Sandra e Neuza), seja no momento da alta (Bianca). Isso pode ser visto, também, no estudo de Hughes e McCollum (1994), onde eles referem que a natureza altamente técnica e intrusiva do ambiente da UTIN pode exacerbar a ansiedade parental. O corpo técnico da instituição que toma conta do bebê tende a aparecer aos olhos dos pais como os únicos capazes de tocar, pegar e nutrir o bebê, enquanto eles próprios, “não autorizados” a fazê-lo, podem sentir-se inseguros e perigosos ao realizarem estas atividades. Os médicos e as enfermeiras aparecem muitas vezes na fantasia dos pais como os verdadeiros “pais” do bebê, sobretudo à medida que aumenta a permanência do bebê na UTIN.

Apesar de certa idealização das mães quanto à equipe, várias mostraram-se ambíguas em relação, particularmente, ao médico. Verbalizaram sua dúvida quanto à capacidade do médico devido a sua pouca idade (Bianca), outra ficou decepcionada frente à viagem do médico (Sandra), e outra ficou chateada com as diferentes informações dos médicos (Nueza).

Em relação aos efeitos da intervenção estimulação tátil, pode-se ver que, apesar de em diferentes intensidades, todos os bebês reagiram ao toque movimentando-se na incubadora. Isto corrobora com os achados de Róiste e Bushnell (1996), que concluíram que os efeitos imediatos da estimulação parecem ser um aumento na atividade do bebê prematuro.

No primeiro dia de intervenção, a maioria das mães apresentaram dificuldades em realizar a intervenção (com exceção de Nara), porém todas esforçaram-se em realizá-la conforme solicitado. Essa dificuldade em realizar a intervenção pode ser explicada pelo receio que as mães tinham em tocar em seus bebês, por terem medo de machucá-los. Um fator que contribui para tais medos é a culpa que as mães sentem pela

prematuridade e pela situação em que se encontram os bebês, necessitando de cuidados especiais na UTIN. Na verdade, Affleck et al. (1990) relatam que durante a estadia no hospital, os pais de bebês pré-termos sentem-se culpados, têm pouca auto-confiança e falta de sentimentos de competência. Na medida em que as mães e os pais sentem-se responsáveis pela prematuridade do bebê, confirmando seus temores fantasiosos de não serem capazes de ser pais, eles podem vivenciar sentimentos de culpabilidade. De acordo com Lebovici (1986), o parto prematuro pode ativar na mãe as fantasias de que seu interior é perigoso e hostil para o bebê que aí se encontra. Nos casos em que o funcionamento mental materno é mais projetivo, o próprio bebê pode ser considerado, segundo Lebovici, como aquele para a qual a infelicidade chega, quando seria a felicidade que deveria ser esperada.

Com o passar dos dias de intervenção, podemos notar uma melhor interação entre as díades, pois as mães conseguiam se sentir mais à vontade para tocar em seus bebês, os quais pareciam cada vez mais acostumados com a estimulação diária, tornando-se mais tranquilos (organizados) alertas e responsivos. Tal evolução também foi observada em outros estudos que apontam para estes benefícios dos programas de estimulação táteis como têm sido, por exemplo: aumento no comportamento de alerta e ativo (Scafidi et al, 1986; Róiste & Bushnell, 1993); organização do comportamento (Degen-Horowitz, 1990; Field et al., 1986); e melhoras significativas na responsividade (Róiste & Bushnell, 1993). Pelas observações descritas acima, pode-se constatar que a estimulação tátil utilizada neste estudo também trouxe, em maior ou menor nível, estes ganhos para os bebês participantes do estudo.

Porém, cabe ressaltar que alguns bebês, como por exemplo os das díades Bianca-Guilherme e Neuza-Amanda, receberam a estimulação tátil com grande dificuldade no início, apresentando comportamentos de agitação (desorganização) e sinais de insatisfação. Eles levaram vários dias para se “acostumar” e aceitar melhor o toque. Scafidi et al (1990) mostraram que movimentos de membros múltiplos (indicando desorganização) eram mais comuns durante a estimulação tátil, quando comparada com a cinestésica. Anderson (1986) sugeriu que tais movimentos podiam ser sinal de desorganização. As observações feitas no presente estudo endossam a idéia de que para alguns bebês a estimulação tátil parecia estar fortemente associada a sua desorganização. A interrupção da estimulação levava por conseguinte a um aparente bem estar do bebê.

Uma crítica em relação à estimulação tátil é que ela pode ser realizada de forma mais mecânica, ou seja, sem a necessidade da mãe estar olhando para o bebê o tempo todo.

Com isso, dependendo do estado psicológico da mãe e/ou do bebê, esta intervenção pode não ser efetiva para a interação na medida em que pode predominar uma interação assíncrona. Como foi visto em alguns casos relatados acima, as mães podiam durante a estimulação tátil se envolver facilmente com o ambiente da UTIN, observando-o e conversando com os técnicos (ex. Diana, Bianca). Isto levava a que as mães apresentassem uma estimulação não sintonizada aos comportamentos do bebê.

Todas as mães que participaram do estudo disseram satisfeitas ao realizarem a estimulação tátil, embora várias delas tenham apresentado dificuldades iniciais. Elas expressaram que a intervenção foi de grande ajuda tanto para elas como para os bebês, que contribuíram para o estabelecimento de uma relação mãe-bebê mais próxima. Esses resultados também foram encontrados por Macedo (1984), Field et al (1986) com os pais mostrando-se satisfeitos ao utilizarem os programas envolvendo estimulação tátil.

No presente estudo, as mães também disseram que a intervenção havia sido favorável para sentirem-se mais próximas dos bebês (com exceção de Sandra), e teria contribuído para que não sentissem medo de tocar no bebê (Diana, Sandra e Bianca), além de aumentar seus sentimentos de segurança (Bianca e Neuza).

Todas as mães do grupo de intervenção estimulação tátil apontaram para o ganho de peso diário, ao longo dos quinze dias de intervenção. Widmayer e Field (1981) mostraram que um dos efeitos da estimulação tátil nos bebês pré-termos era aumentar as expectativas dos pais quanto ao desenvolvimento do bebê. Esta mudança de expectativa nos pais pode levá-los a se envolver mais com os bebês, dar-lhes mais atenção, alimentação etc. O que efetivamente levaria a um aumento de peso e ao desenvolvimento geral do bebê. Isto, obviamente, pode ser dito também de outras intervenções que se faça com os pais de pré-termos. Ao afetar suas expectativas, tenderam a afetar o desenvolvimento do bebê.

Diferente de outras intervenções com pré-termo, a intervenção estimulação tátil pode ser realizada, eventualmente, sem que a mãe mantenha direcionada sua atenção ao que está realizando, e toque apenas seguindo as instruções de forma mecânica.

Embora esta não seja a intenção da estimulação tátil, isto acabou acontecendo, inclusive com várias mães do presente estudo, mesmo sob o olhar da autora. Embora isto possa, assim mesmo, ter algum efeito positivo para o bebê, provavelmente será lento e pouco contribuirá para a interação diádica. Além disto, é uma intervenção que requer uma boa sensibilidade da mãe e um período inicial de adaptação entre mãe-bebê. Atenta ao seu bebê, a mãe terá aos poucos que se conectar com ele, observando qual o

toque que mais o satisfaz e o que lhe irrita. O bebê, por sua vez, também precisa se adaptar respondendo positivamente ou negativamente à estimulação da mãe, fornecendo os indicadores para que ela continue ou não determinados toques.

Neste sentido, a estimulação tátil precisa ser feita com certa orientação, sob pena de mães pouco responsivas não se adequarem às necessidades da intervenção. Ou, então, mães demasiadamente responsivas e pouco sensíveis, acabarem estimulando mais do que o necessário.

Concordando com McCain (1992), que diz que a ‘massagem’ antes da alimentação pode representar estimulação inapropriada, deve-se levar em conta o horário mais apropriado para ser realizado a intervenção, evitando-se, assim, períodos após a alimentação. Durante as observações das intervenções diárias, pode-se ver que os bebês após a alimentação dormiam profundamente, o que dificultava a interação durante a intervenção.

Durante os primeiros meses de vida, a atenção do bebê pré-termo aos estímulos externos depende em grande parte da quantidade de tempo que ele fica desperto. Por sua vez, este tempo desperto parece ser determinado conjuntamente, tanto pela complexidade ou intensidade da estimulação externa, quanto pelo nível de dispersão interna que é dependente de fatores como: tempo desde a última alimentação, a presença ou ausência de faixas enroladas em seu corpo e principalmente pela estimulação externa (Gardner & Karmel, 1983; Gardner, Karmel & Magnano, 1992).

Examinando qualitativamente a intervenção fala afetiva

Com base nas observações de cada um dos seis pré-termos submetidos à fala afetiva (ver anexo XII) assinala-se, a seguir, os principais achados que permitem avaliar qualitativamente esta intervenção.

Díade 7 (Gisele-Jana)

Durante a entrevista inicial, Gisele relatou seu desejo frente a esta gestação e o planejamento para engravidar, parando de tomar anticoncepcional. Desde o início da gestação parece ter havido um bom vínculo entre Gisele e o bebê, que se traduziu pela confirmação do sexo desejado para o bebê e por ter colocado o nome do bebê já no segundo mês de gestação. Isto parecia indicar a construção de uma boa imagem de seu bebê.

O parto prematuro ocorreu em função de uma infecção uterina. Gisele relatou ter vivenciado o parto de forma tranqüila, o que evidenciou uma negação da realidade, em que parecia não considerar os riscos implicados em um parto prematuro. Ela sentiu-se muito feliz quando pôde ver que o bebê estava bem e que era perfeito, aliviando seus temores de gerar um bebê imperfeito e incompleto.

Quando Gisele viu seu bebê na incubadora pela primeira vez, parece ter percebido melhor a situação de seu bebê, pois verbalizou que levou um choque, achando o bebê muito pequeno, diferente do que imaginava, ou seja, diferente do seu bebê imaginário.

Durante a entrevista inicial, Gisele expressou sua insegurança frente à enfermagem. Relatou ainda esta insegurança, sentimento de desamparo e fragilidade pela sua constante solicitação do apoio do marido.

No 1º dia de intervenção, Gisele expressou sua dificuldade em interagir com seu bebê, falando pouco e baixinho, dando a impressão de estar com receio de que os outros a vissem conversando com o bebê. Este, por sua vez, permaneceu dormindo.

Já no 2º dia, antes da intervenção, pode-se ver que Gisele estava mais à vontade com o bebê, posicionando-se mais próximo (face a face), falando com mais desenvoltura e não dispersando-se, mesmo com o ambiente barulhento e com a interrupção das enfermeiras. Durante a intervenção, a mãe mostrou seu esforço em estabelecer uma interação com seu bebê, tentando acordá-lo, chamando-o pelo nome; respondendo às expressões de “sorriso”, sorrindo e falando com satisfação, o que fez

com que o bebê reagisse, movimentando-se. Porém, quando o bebê ficou menos ativo, ela mostrou-se desmotivada, direcionando seu olhar para o ambiente. Apesar de todo o esforço de Gisele durante a intervenção, ela ainda expressou algumas dificuldades na interação com o bebê, pois depois da intervenção, ela parou de falar, passou a tocá-lo, ao que ele reagiu movimentando-se, mas, mesmo assim, ela mostrou-se dispersa e não olhou para o bebê.

No 3º dia de intervenção, Gisele expressou novamente sua dificuldade frente a intervenção, pois parou de falar no décimo minuto, passando a tocar no bebê. Isso pode ser explicado pelo fato da intervenção fala afetiva, necessitar um maior empenho da mãe, que por estar cansada, e assim, desanimada, teve dificuldades de ficar falando.

No 4º dia de intervenção, a mãe pediu para realizá-la com o bebê no colo, demonstrando que não tinha mais medo de tocar em seu bebê, sendo possível uma maior proximidade e segurança. Além disso, a díade realizou troca de olhares por bastante tempo, o que deixou Gisele gratificada e capaz de perceber capacidades responsivas do bebê - “Ela já me conhece, quando falo com ela”.

No 8º dia de intervenção, a melhoria gradativa na interação mãe-bebê confirmou-se na medida em que a mãe mostrou-se sempre atenta aos movimentos do bebê e os interpretou e respondeu adequadamente – ex: sorriu quando ele “sorriu”, disse que estava com fome quando ele abriu a boca, fez carinho, beijou-o etc. Outro sinal positivo foi o fato de Gisele continuar falando com ele e tentando acordá-lo, mesmo quando ele parecia dormir profundamente e apresentava-se imóvel e ela parecia estar muito cansada.

Já no 10º terceiro dia de intervenção, esta díade continuou demonstrando uma boa interação, na medida em que o bebê reagiu à fala de sua mãe, abrindo os olhos, olhando para ela e trocando sorrisos. Além disso, Gisele expressou suas preocupações frente à prematuridade de seu bebê ao perguntar se as mães mais novas teriam maior probabilidade de ter bebês pré-termos, uma vez que ela é uma jovem mãe (19 anos).

No último dia de intervenção (15º), apesar de Gisele mostrar-se atenta a seu bebê, posicionando-se face a face, falando carinhosamente e sorrindo; durante a intervenção, ela mostrou-se cansada e em alguns momentos, desmotivada, realizando pausas em sua fala e direcionando sua atenção ao ambiente. Isso pode ser explicado pelo fato de que Gisele estava cansada e frustrada frente a necessidade de enfrentar a UTIN diariamente, de fazer esta intervenção e por encontrar seu bebê, na maior parte do tempo, dormindo, situação diferente da desejada por ela.

Na última entrevista, Gisele referiu sentir muitos medos (ônibus e elevador), os quais ela associava a um episódio de assalto vivido antes da gestação, situação em que ela sentiu muito medo de morrer. Apesar dos medos, ela disse estar mais segura e com expectativas de levar o bebê para casa, mostrando-se preparada e capaz de cuidar do bebê. Pode-se ver o efeito positivo da intervenção fala afetiva quando Gisele verbalizou seu vínculo ao bebê – “O apego da gente pelo bebê vem com o tempo, né?! Eu acho que sim” – e quando ela disse que a participação no estudo foi importante para ela e para o bebê, porque sentia que ajudou na proximidade com ele. Referiu, também, que ajudou a perder o medo e a não sentir tanta culpa – “Adoro conversar com ela, porque gosto de ver ela de pertinho e ver que ela me olha, sorri para mim, é como se me entendesse e quisesse dizer “também te amo, mamãe”.

Díade 8 (Mariana-Vanda)

Apesar de Mariana dizer que sua gestação foi muito desejada e planejada, pode-se ver sua ambivalência na medida em que recebeu a notícia “com susto”, e verbalizou o quanto não havia sido uma decisão planejada o suficiente, pois considerava difícil estar grávida com os problemas enfrentados nos negócios do marido e por ter um bebê de 1 ano e oito meses. Porém, pode-se perceber que Mariana superou o “susto” inicial e adaptou-se à idéia de estar grávida, expressando um início de conexão com o bebê, quando ficou feliz ao confirmar suas expectativas de que teria outra menina, escolhendo um nome que sempre gostou.

Mariana referiu não ter se preocupado com a pré-eclâmpsia surgida no final da gestação, apesar de ter tido o mesmo problema em sua primeira gestação. Ao dizer que os médicos disseram que não seria possível acontecer de novo, mostrou sua negação frente à possibilidade de enfrentar novamente uma situação que já fora muito difícil, e desta forma, utilizou de racionalizações (explicações médicas) para aliviar sua ansiedade.

O parto muito prematuro (28 semanas de idade gestacional) foi vivenciado com muito medo frente à própria morte e perda do bebê, o que foi exacerbado pelo fato de Mariana ter sido anestesiada, sentindo-se insegura e impotente frente à impossibilidade de participar mais ativamente.

Esta primeira separação, física, foi amplificada de maneira considerável, por uma “segunda” separação, que foi o fato do bebê ter sido transportado para outro

hospital. E como ela apresentou complicações pós-parto necessitando permanecer 10 dias hospitalizada, a separação imediatamente depois do nascimento atrasou a iniciação do processo de apego para esta díade mãe-bebê, ao que a mãe esforçou-se em recuperar colocando uma foto do bebê ao lado de sua cama no hospital. Desta forma, Mariana procurou adaptar-se à imagem de seu bebê real, porém mesmo assim, quando a viu na incubadora pela primeira vez, sentiu-se desamparada pois disse que achou que o bebê era menor do que parecia na foto, ou seja, mais frágil e “incompleto”.

Mariana expressou seu desamparo também frente ao pouco suporte recebido pelo marido, pois ele não conseguia enfrentar o ambiente neonatal. E ao ser notificada pelos médicos de que o bebê teria que permanecer bastante tempo no hospital para ganhar peso, Mariana expressou seus temores e expectativas quanto a esta vivência. Ela idealizou o médico chefe da equipe médica, dizendo considerá-lo a única pessoa que poderia ajudá-la naquele momento difícil.

No 1º dia de intervenção, Mariana demonstrou sua dificuldade em interagir com seu bebê, não conseguindo falar para ele. O bebê adoeceu, precisando ser transferido para UTI, o que aumentou em Mariana o medo de que o bebê não sobrevivesse. A intervenção foi suspensa até o bebê ser considerado estável. Passado 9 dias, quando o bebê estava melhor, Mariana mostrou-se mais tranqüila frente ao estado de saúde dele. Porém, continuou expressando suas dificuldades interativas ao falar pouco e baixinho durante a intervenção. O bebê, por sua vez, reagia ao ouvir a voz materna, abrindo os olhos e movimentando braços e pernas.

No 2º dia de intervenção, foi possível perceber que a mãe esforçou-se mais em interagir com seu bebê, na medida em que conseguiu falar mais com ele e parecia muito atenta a seus movimentos, respondendo com satisfação e sorrindo. O bebê reagiu movimentando-se um pouco. Porém, durante a intervenção, quando o bebê espreguiçou-se, ficando vermelho, Mariana mostrou-se preocupada, o que pode ser explicado como medo de que o bebê pudesse adoecer novamente, e conseqüentemente vir a perdê-lo. Tal temor fez com que ela parasse de falar com o bebê, e passasse a procurar informações sobre suas condições de saúde na pasta e no saturômetro. O bebê por sua vez, movimentou-se bastante baixando sua saturação de oxigênio e, quando Mariana percebeu isso, parou de falar e fechou a incubadora. Em alguns momentos tentou interpretar o que o bebê pudesse estar sentindo para espremer-se tanto a ponto de baixar sua saturação – ex.: “dor de barriga”. Mariana mostrou-se ansiosa frente às baixas de saturação do bebê, o que poderia estar dificultando a interação, trazendo conseqüências

para o bebê, na medida em que ele apresentou tais baixas de saturação somente quando a mãe estava presente, conforme foi observado pela enfermagem.

No 4º dia de intervenção, pode-se ver ainda dificuldades na interação mãe-bebê, apesar de se perceber alguma melhora, quando Mariana mostrou-se sorridente, falando carinhosamente com o bebê, que respondeu tentando abrir os olhos. Porém, logo em seguida, a mãe parou de falar, passou a acariciar a cabeça de seu bebê prestando atenção em outro bebê que chorava. Depois, expressou sua frustração por não ser permitido ainda amamentar seu bebê, referindo ter medo de que o leite secasse. Desta forma, expressou sua dificuldade em interagir com um bebê pouco responsivo.

No 8º dia de intervenção, apesar de continuar preocupada com a alimentação, pode-se ver uma melhora na interação desta díade, pois Mariana dedicou-se mais a falar para seu bebê. No início do período de intervenção propriamente dito, pode-se ver que Mariana estava desanimada, mas quando viu seu bebê apresentar uma expressão de sorriso, ela respondeu sorrindo e motivou-se a falar com alegria. Além disso, expressou seu desejo de realizar trocas visuais com o bebê, pedindo que ele abrisse os olhos. Porém, ela ainda mostrou-se frustrada e desanimada quando o bebê permaneceu algum tempo sem apresentar nenhum comportamento/movimento. Depois da intervenção, Mariana pegou o bebê no colo, mostrando-se gratificada por esta vivência, falando carinhosamente com o bebê, tentando interpretar como ele estava se sentindo. Mais tarde, ela expressou sua culpa pelo fato do bebê ter adoecido dias atrás, necessitando permanecer na UTI, pois associou este episódio como ocorrido logo após ela ter pego o bebê no colo pela primeira vez.

Nos dias que se seguiram, Mariana expressou sua ambivalência frente a seu bebê, pois permanecia pouco tempo no hospital, mostrando-se desanimada e deixou de ir alguns dias explicando ter problemas em casa com a outra filha; por outro lado, quando estava ao lado do bebê na incubadora, ela falava com ele sorridente e referia que quando ele chorava e ela falava, ele parava de chorar.

No último dia de intervenção (15º), apesar de dirigir sua atenção ao ambiente várias vezes como de costume, Mariana demonstrou uma melhor interação com seu bebê, respondendo a suas expressões de “sorriso”, sorrindo, falando carinhosamente, interpretando seus movimentos, apontando suas características e capacidades (ex. sugar). Mostrou-se satisfeita pelo fato do marido estar a seu lado, dando-lhe suporte. Durante a intervenção verbalizou que conseguiu acalmar a filha num “ataque de brabeza”. Isso pode ser interpretado como se ela pudesse aceitar e agüentar que sua filha

ficasse brava em alguns momentos, e que ela já sentia-se capaz o suficiente para cuidá-la e inclusive ajudá-la em momentos difíceis.

Na última entrevista, um dia após a última intervenção, Mariana mostrou-se deprimida, referindo sentir-se insegura com a enfermagem, que havia iniciado a alimentação via oral sem autorização médica. Mostrou, ainda, sua dificuldade em enfrentar a UTIN, dando várias explicações (racionalizações) do porque estava encontrando dificuldade para poder ficar mais tempo com o bebê no hospital.

Por fim, a intervenção fala afetiva foi eficiente na opinião da mãe, que referiu ter ajudado a interagir com a filha e perceber suas capacidades interativas. “Fico surpresa e emocionada quando falo com ela, porque ela tenta abrir os olhos, quase que automaticamente, como se realmente já me conhecesse, e às vezes não só tenta, como abre e fica me olhando bastante tempo, e isso é super bom, dá uma paz...”. Referiu também que conversar com a observadora ajudou a não sentir-se tão culpada de tudo que estava acontecendo, principalmente quando o bebê adoeceu a primeira vez.

Díade 9 (Nilza-Breno)

Segundo Nilza, esta não foi uma gestação planejada, pois foi uma surpresa. Mas pode-se dizer que foi uma gestação desejada, pois ela e o marido receberam a notícia com alegria. Nilza tinha muito medo de passar por outra perda, visto que sofreu dois abortos e perdeu um bebê pré-termo, que havia nascido com 30 semanas de idade gestacional.

Apesar de dizer que não tinha preferências para o sexo do bebê, Nilza disse que achava que era uma menina, fato que não se confirmou na Ultra-sonografia, no quarto mês de gestação. Ao escolher o nome, ela escolheu “um nome forte, nome de médico”; expressando suas expectativas de que seu bebê fosse forte o suficiente para sobreviver.

Devido à pré-eclâmpsia, foi indicado o parto prematuro, o qual foi vivenciado como “assustador”, pois Nilza sentiu medo de perder o bebê, medo de reviver uma situação que havia sido traumatizante para ela. Quando ela ouviu o choro do bebê sentiu-se mais aliviada, abaixando sua ansiedade, pois constatou que ele estava vivo, que apesar dela não ter sido capaz de levar a gestação a termo, o bebê respirava, e isso significava para ela que ele teria chances de sobreviver, apesar de saber que ele ainda corria riscos. Com isso, sentiu-se muito emocionada, não conseguindo colocar em palavras sua alegria, como se não fosse merecedora de tal felicidade. Pôde-se ver o

quanto Nilza desejava esta gestação, como foi referido no início deste relato.

Ao vê-lo na incubadora pela primeira vez, Nilza sentiu-se muito triste por saber que ele iria “sofrer com soro, dores, furadas...”. Isso mostra, também, o quanto estressante era para Nilza o ambiente neonatal, o qual ela já conhecia. Mesmo sete dias depois, ela ainda sentia-se angustiada ao ver o bebê na incubadora, dizendo que desejava muito levá-lo para casa, pois ao receber alta, ele estaria estável, saudável, ou seja, um bebê normal para poder ser cuidado em casa como o outro filho.

Ela referiu ainda sentir-se segura com a equipe, idealizando-os como os únicos capazes de realmente cuidarem de seu bebê, pois ela ainda não estava pronta para ser mãe deste bebê, não só pelo parto ter sido antecipado, como pelo fato do bebê precisar de cuidados especiais. Ela não sentia-se preparada para cuidá-lo e sentia medo de machucá-lo.

No 1º dia de intervenção, Nilza expressou dificuldades em interagir com seu bebê, mostrando-se hesitante ao falar, com dúvidas sobre as capacidades do bebê - perguntando se ele escutava - e necessitando da aprovação da observadora quanto ao seu desempenho, mostrando insegurança para aproximar-se do bebê. O bebê, por sua vez, logo reagiu ao ouvir a voz da mãe, abrindo os olhos. Porém, voltou a dormir profundamente, pois havia recebido alimentação poucos minutos antes.

No 2º dia de intervenção, Nilza mostrou-se mais à vontade para realizar a fala afetiva. Antes da intervenção, com o bebê em seu colo, esforçou-se para interagir com ele, na medida em que procurou acalmá-lo quando chorava, e interpretou seus movimentos como associados à fome. Durante a intervenção, pode-se ver a tentativa de realizar trocas visuais com o bebê, na medida em que colocou-o na incubadora, posicionando-se face a face com ele, pedindo para que ele abrisse olhos e sorrindo frente a todas as expressões faciais. O bebê abriu os olhos gratificando a mãe, que se mostrou estimulada a continuar falando com mais ênfase. Quando o bebê moveu-se bastante, ela interpretou-o como estando incomodado, e tentou acalmá-lo tocando em seu corpo e mudando o tom de voz, o que foi eficaz, na medida em que o bebê acalmou-se rápido, e ela disse para ele que o amava muito. Depois ela apontou algumas características e capacidades do bebê que a gratificavam, como o fato dele poder segurar “forte” em seu dedo. Depois da intervenção, Nilza expressou sua frustração frente a um bebê que dormia muito, dizendo que ele não acordaria, passando a não mais falar com ele, e sim, com outras pessoas que estavam no ambiente.

No 3º dia de intervenção, o bebê mostrou-se desperto, apesar de sonolento,

abriu bem os olhos na tentativa de olhar para a mãe, que falou com ele mais à vontade. Além disso, ela interpretou e respondeu adequadamente aos movimentos e expressões do bebê. Apesar da fome que o bebê parecia estar sentindo, o que o levou a chorar, em alguns momentos, ela conseguiu acalmá-lo.

Nos dias seguintes, pode-se ver o efeito positivo da intervenção fala afetiva para esta díade, na medida em que a mãe referiu que falava com seu bebê várias vezes ao dia e não somente quinze minutos por dia, conforme solicitado. O que mostra que era algo considerado prazeroso e eficaz para a díade.

No 7º dia de intervenção, Nilza e Breno realizaram trocas visuais e sorrisos, o que mostrou uma melhor comunicação e gratificação. Mais tarde, Nilza expressou sua ansiedade e expectativas frente ao desenvolvimento do bebê, pois desejava muito que ele ganhasse peso mais rápido para poder levá-lo para casa. Ela referiu, ainda, o quanto o parto prematuro ainda era sentido como algo abrupto, como se tivessem “arrancado” o bebê dela num momento que ainda não estava preparada e pronta, pois ainda sentia falta dele em sua barriga.

No 9º dia de intervenção, pode-se ver que esta díade estava apresentando uma boa interação, na medida em que a mãe procurou posicionar-se face a face para o bebê, desta forma facilitando a comunicação, e o bebê respondeu à fala da mãe, esforçando-se para permanecer alerta e olhando para ela, mesmo quando sonolento. Além disso, Nilza pareceu estar adaptando-se melhor a seu pequeno bebê, ao conseguir brincar e dizendo que o bico era maior que ele. Já no período de intervenção propriamente dito, Nilza disse que realizaria a intervenção com o bebê no colo, pois ele estava com fome e na incubadora ela não conseguiria tê-lo próximo o suficiente para confortá-lo e ajudá-lo a aguardar a hora da alimentação. Depois mostrou-se ambivalente quanto ao fato de sentir-se aceita pelo bebê, pois disse que ele gostava de deixá-la nervosa e preocupada, o que pode ser interpretado como medo do bebê não considerá-la uma boa mãe, e não aceitá-la como tal; e ao mesmo tempo mostrou uma certa agressividade para com o bebê por deixá-la ansiosa. Então, em seguida, tentou reparar sua acusação explicando que os bebês fazem isso para chamar a atenção das mães.

No 10º dia de intervenção, Nilza expressou sua dificuldade em deixar o bebê no hospital diariamente e ir para casa sem poder levá-lo. No dia seguinte, disse que o bebê estava bravo com ela por não conseguir sugar em seu seio. O que pode estar expressando como sentia-se ainda insegura quanto a sua capacidade materna para nutrir seu bebê. Mas, apesar disso, pode-se ver que a intervenção fala afetiva estava

contribuindo positivamente para a interação desta díade, na medida em que o bebê estava dormindo e logo que Nilza começou a falar, ele acordou, permanecendo alerta até o final da intervenção, ou seja, facilitando a comunicação e gratificando a mãe, que sorriu para ele.

No 13º dia de intervenção, o bebê já tinha peso suficiente para ser amamentado, e Nilza fez isso realizando a intervenção fala afetiva, mostrando o quanto ela considerava que a estava ajudando. Depois de amamentá-lo ela mostrou-se ansiosa frente ao ganho de peso do bebê, demonstrando suas expectativas de poder levá-lo logo para casa.

Na última intervenção (15º), Nilza mostrou-se muito ansiosa quanto à alimentação do bebê, achando que o mesmo deixava de respirar quando estava mamando. Mesmo quando a auxiliar disse para ela que o bebê respiraria quando necessário, ela continuou com a mesma sensação, sentindo-se muito angustiada, sendo necessário pedir que a auxiliar desse a mamadeira para ele. Isso pode ser interpretado como seus temores frente a sua capacidade materna de cuidar do bebê. Depois, durante a intervenção, demonstrou uma boa comunicação com o bebê, na medida em que respondeu adequadamente a ele, que por sua vez, também respondeu tentando abrir os olhos.

Na última entrevista, após a intervenção, Nilza expressou suas dificuldades ao enfrentar a UTIN, dizendo que tinha dias em que sentia-se mais forte, mas havia momentos em que sentia-se deprimida, portanto, mais frágil para ir ao hospital diariamente. E o que a ajudava a enfrentar tal situação, apesar do medo da perda, era o fato de perceber a evolução do bebê. Ela disse ser muito bom conversar com ele, e que ele ficava mais tempo alerta, olhando ao seu redor, e podendo assim interagir melhor com ela.

Ao falar sobre a incubadora, a mãe referiu que o tempo no hospital estava servindo para ela se preparar para receber o bebê em casa, como se ele ainda estivesse sendo gerado, então ela via a incubadora como seu útero e quando o bebê tivesse alta, seria um nascimento para ele e para a família, que aguardavam com grandes expectativas.

Por fim, pode-se ver que a intervenção fala afetiva foi efetiva na opinião da mãe que disse, agradecendo, o quanto foi importante para ela e para o Breno ter participado do estudo, pois, ao falar com o bebê, ajudou-o a ficar mais tempo acordado, contribuindo, desta forma, para a interação.

Díade 10 (Rosa-Virgínia)

Segundo Rosa, esta gestação não foi planejada, mas muito desejada. Ela contou que quando escutou o coração do bebê em uma ultra-sonografia ficou emocionada. Já estava com mais de dois meses de gravidez e não sabia. O pai do bebê sempre quis um filho, então Rosa achou que ele recebeu a notícia tranquilamente, apesar de não serem casados e ele ter outra família.

Rosa queria muito que seu bebê fosse menina. O pai queria que fosse menino. Ela ficou muito feliz quando soube, através de uma ultra-sonografia, que seria menina, “o pai acabou gostando depois, com o tempo”.

O parto prematuro foi indicado por Rosa apresentar pré-eclâmpsia no final da gestação. Rosa disse não saber como foi o parto, pois “eu estava apagada, por causa dos remédios e anestesiada. Lembro só de flashes. Vi o bebê, mas lembro mal, só flashes. Quando acordei, me sentia bem. Mas queria ver o bebê. O Vanderley olhou para mim e disse “ela tá viva”. Ela foi ver o bebê pela primeira vez, no dia seguinte. “Minha pernas tremeram. Não dá para explicar o que senti. Foi muito difícil. Queria que ela ainda estivesse na minha barriga e que não precisasse estar passando por isso, estar naquela incubadora. Minhas pernas não pararam de tremer”.

No momento da entrevista, Rosa disse que estava “mal... queria meu barrigão. Queira fazer o chá de fralda, não deu tempo de curtir a gravidez direito. Terminou antes do que eu esperava. Claro que ainda posso fazer o chá de fralda, mas não é a mesma coisa sem a barriga...”

Com relação à incubadora, continuava achando difícil, “não queria passar por isso. E não queria que a Virgínia passasse por isso.” A relação do casal “sempre foi turbulenta. Sempre brigamos muito, e piorou depois do parto”.

A primeira intervenção foi realizada logo após a entrevista. A mãe mostrou dificuldades para falar, preferindo tocar mais em seu bebê enquanto falava. O bebê logo abriu os olhos quando ouviu a voz da mãe.

No 2º dia de intervenção, a mãe apresentou dificuldades em realizar a intervenção fala afetiva, falando pouco, preferindo tocar mais em seu bebê, realizando pausas em sua fala. O bebê dormia e quando tocado nas costas movimentava os membros. Durante todo o tempo ela desviava o olhar para o corredor de entrada, através do vidro, como se esperasse a chegada de alguém. Ela mostrou-se motivada a falar mais

para o bebê quando ele movia-se, procurando ficar mais próxima dele, posicionando-se face a face. Com a chegada do pai, a mãe mostrou-se alegre e menos dispersiva, direcionando sua atenção para o bebê. Ela tocava no bebê, que respondia movendo-se bastante, e quando o pai passou a tocar no bebê ao mesmo tempo, este expressou sinais faciais de insatisfação, o que pode ser um sinal de que estava recebendo muitos estímulos ao mesmo tempo. E quando o pai afastou-se, o bebê se acalmou.

No 3º dia de intervenção, o pai também estava presente. Ele conversou com a mãe no início da intervenção, dispersando-a um pouco. Ela apontou características do bebê e às vezes parou um pouco de falar e ficou apenas tocando no bebê, mostrando a sua dificuldade em realizar a atividade proposta. O bebê dormia, e, aos poucos, foi acordando e movendo os pés. Ele mexeu-se bastante e depois chorou, parecia estressado. Ela o virou e continuou a tocá-lo enquanto falava, e mostrou-se preocupada com o choro do bebê.

Nos dias que se seguiram, Rosa mostrou-se mais esforçada em realizar a intervenção, na medida em que procurou fazê-la um pouco antes das mamadas, para que o bebê estivesse acordado e pudesse olhar para ela, facilitando a comunicação. Porém, ainda expressava dificuldades, pois mostrou-se ansiosa, necessitando tocar no bebê enquanto falava.

No 9º dia de intervenção, pode-se ver uma melhora na interação desta díade, apesar de Rosa continuar apresentando dificuldades em apenas falar com o bebê. Rosa sentou-se ao lado da incubadora posicionando-se face a face, como de costume. O bebê estava dormindo, e respondeu à estimulação materna (fala e toque) movendo-se bastante e abrindo os olhos algumas vezes. Ela mostrou-se muito afetiva com o bebê, se dedicando mais a tocar do que a falar. Quando o bebê emitiu expressão de 'sorriso', a mãe respondeu sorrindo e falando para o bebê, e quando o bebê ficou agitado, ela respondeu tentando acalmá-lo. Contudo, pode-se ver que a difícil relação do casal, com muitas brigas, estava trazendo dificuldades para Rosa interagir com seu bebê, na medida em que verbalizou não ter o que falar para o bebê, pois só tinha notícias ruins. Além disso, em vários momentos mostrou-se dispersiva, olhando para o corredor, pois estava sempre a espera do companheiro. Isso também trás dificuldades para a interação, já que a mãe deixava de olhar para a filha para verificar se o companheiro estava chegando.

No 14º dia de intervenção, a mãe falou bastante com o bebê, e de forma muito afetiva. Disse que no dia anterior atrasara-se para chegar no hospital no horário de costume e que o bebê chorara muito. Ela associou o fato do bebê chorar muito com o

seu atraso, mostrando sentimentos de culpa. Disse que por isso, ela também saiu chorando do hospital. No final, disse achar que as fezes do bebê estavam duras por causa do seu leite, manifestando sentimentos de culpa por ter que deixar o bebê sozinho no hospital e que seu leite estava prejudicando-o, como podia ser visto pelas suas fezes duras.

No 15º dia de intervenção, apesar da mãe mostrar-se bastante agitada, falando com o bebê, e ora com o marido que estava presente, pode-se ver uma melhora na interação mãe-bebê, na medida em que o bebê estava alerta e ativo, e a mãe esforçando-se para falar com ele em posição face a face. Quando o bebê emitiu uma expressão facial de insatisfação, ela respondeu tentando confortá-lo. E depois, mesmo com as interrupções do pai, Rosa não desviou o olhar do bebê. O ambiente pareceu não chamar sua atenção tanto como ocorria nos dias anteriores.

Na última entrevista (16º dia), Rosa estava com seu bebê no colo, e disse que estava sentindo-se muito bem, mostrando-se muito afetiva com o bebê. Disse que conversava bastante com ele, e que achava que falar era bom para o bebê e para ela, pois ele a olhava e sorria, e assim, sentia-o mais próximo dela. “É muito gostoso. Estou muito feliz por ela ter saído da incubadora.” Quando questionada sobre o que achou de participar do estudo, Rosa respondeu: “Muito bom. Como já disse, sinto ela mais próxima de mim, e isso é bom. Me ajudou muito”.

Díade 11 (Maria e Milene)

Segundo Maria, sua gestação não foi planejada, mas foi desejada. Contou que sentiu uma enorme alegria ao saber que o resultado do exame era “positivo”. Depois ficou um pouco preocupada, em função da expectativa de repetir um parto prematuro, como foi o da primeira filha. “Tinha medo de perder, ou de passar por tudo aquilo de novo. Foi muito difícil para mim”.

Maria relatou que teve muito medo de abortar. Teve ameaça de aborto nos três primeiros meses. E nos últimos meses apresentou pré-eclâmpsia, o que causou a indicação do parto prematuro.

O parto foi vivenciado como algo terrível para Maria: “Fizeram anestesia peridural, mas não pegou, daí fizeram raqui.” O parto durou mais de uma hora e segundo Maria, o bebê parecia brabo. “Era como se dissesse ‘porque me tiraram antes se eu não queria?’”

Ao ver o bebê na incubadora pela primeira vez, Maria sentiu muita angústia. No momento da entrevista achava que estava aceitando melhor a incubadora. “O problema é a distância com o bebê”. Relatou ainda com alegria que haviam tirado a sonda orogástrica do bebê e que logo poderia dar o seio. “Acho muito importante ela poder mamar no seio. Será melhor para ela e também estará perto de mim”.

Maria referiu sentir-se insegura, por serem os doutorandos quem cuidavam do bebê. Ela gostaria que fossem médicos mais velhos, mais experientes.

No 1º dia de intervenção, Maria mostrou desenvoltura em realizá-la, falando bastante e se esforçando em permanecer todo o período proposto (15 min) sempre falando. O bebê encontrava-se dormindo dentro da incubadora e após quatro minutos de intervenção, com a mãe falando para ela, tentou abrir os olhos. Maria mostrou-se satisfeita quando viu as reações do bebê. Contudo, em alguns momentos a mãe parecia distrair-se com o barulho de choro na unidade. Ao término da intervenção Maria verbalizou o quanto havia gostado de falar para o bebê.

No 2º dia de intervenção o bebê já estava em berço comum, apesar de seu baixo peso (1565g), pois já conseguia manter sua temperatura. Durante a intervenção, a mãe segurou o bebê no colo e falou bastante, mostrando-se bastante afetiva. Ela deu mamadeira para o bebê e enquanto dava a mamadeira a mãe conversava com seu bebê, estimulando-o a mamar para “ficar forte”. Maria tentou algumas vezes posicionar-se face a face com seu bebê, observando as suas expressões faciais. Depois de mamar, o bebê ficou sonolento e se movimentou lentamente por algumas vezes. A mãe, percebendo esta sonolência, repetia algumas vezes o nome da filha e pedia para que abrisse os olhos. Em alguns momentos o bebê abriu os olhos e olhou para sua mãe, que sorriu para ele.

No 3º dia de intervenção, Maria mostrou-se muito interessada em falar para seu bebê e quando interrompida mostrou-se preocupada em voltar logo a falar com ele, em continuar a intervenção. Ao ver o bebê de olhos bem abertos destacou que era “a primeira vez que ela abre o olho assim. Coisa boa Milene, já tava com saudades do teu olho”. O bebê mamou na mamadeira e olhou para a mãe, que mostrou-se feliz sorrindo bastante. Disse que estava preocupada em tirar seu leite do seio, pois teve febre dois dias, e o leite está ‘empedrado’.

Já na 8ª intervenção, a mãe mostrou-se preocupada com o tempo, preocupada em cumprir os 15 minutos propostos em sua totalidade. O bebê respondeu com expressões faciais à fala da mãe. Ela estava com o bebê no colo, falava docemente com ele mas

distraiu-se parecendo preocupada com outro bebê que chorava na UTIN. Milene dormia tranqüila apesar do barulho. Depois pode-se perceber que mãe e filha sorriam uma para a outra. Depois da intervenção, o bebê dormia e a mãe, em silêncio, distraída, observava o ambiente. Ela começou a falar com alguém e o bebê bocejou e começou a se espreguiçar. Maria olhou a filha e sorriu, mas continuou a falar com a pessoa. Aos poucos os movimentos do bebê foram se tornando mais freqüentes e a mãe falou com ele, o acariciou e o beijou sorrindo. Ela beijou muitas vezes seu bebê enquanto ele dormia.

No 10º dia de intervenção, a mãe estimulou o bebê a acordar, dizendo no início da intervenção “Vamos conversar, Milene”. O bebê logo abriu os olhos, acordando quando a mãe começou a falar, porém em alguns momentos mostrou-se sonolento. A mãe conversou bastante com a filha durante todo o período. A observadora ficou impressionada com a clareza com que o bebê demonstrou respostas frente ao que a mãe falava.

O último dia de intervenção (15º) coincidiu com a alta hospitalar, pois o bebê estava com 1920g e em boas condições de saúde. Durante a intervenção a mãe começou falando: “Oi Milene, tudo bem?” e seguiu contando que logo, logo iriam ver a maninha e o papai. O bebê começou a se agitar e a mãe pediu para que ficasse calminho para poderem conversar. O bebê chorou um pouco e Maria pediu que não chorasse, que o papai iria logo buscá-las, e o embalou. O bebê se acalmou e Maria continuou a falar-lhe animadamente sobre a possibilidade de irem para casa naquele dia. A mãe estava concentrada no que fazia e expressava intensa felicidade em seu rosto, além de repetir muitas vezes: “Que bom, né filha? Logo, logo você vai estar correndo e brincando!”

Na última entrevista, depois da intervenção, Maria disse estar muito feliz, pois “acho que vamos embora hoje!! Isso quer dizer que a Milene está ótima, se desenvolvendo bem, ganhando peso e poderemos ir para casa. Os exames deram tudo bem.” Relatou que sentiu medo naquele dia, pois achou que a respiração dela estava diferente. “Parece que dá uma paradinhas”.

Maria disse que adora conversar com o bebê. “Acho que o fato dela ter saído da incubadora ajudou 50% para me sentir mais próxima dela. Mas o importante mesmo foi eu conversar com ela todos os dias. Isso ajudou e muito mesmo!!! Ela me olha, sorri e é muito bom isso. Me sinto bem próxima dela agora”.

Díade 12 (Cláudia e Márcio)

Segundo Cláudia, a gestação não foi planejada, nem desejada. Ela não imaginava que estivesse grávida e descobriu somente no 6^o mês. Sua primeira reação foi pensar em abortar: “Foi um choque. Nunca imaginei, porque estava menstruando, e como minha menstruação é irregular, não imaginava que estivesse grávida. Foi horrível, quando soube! Minha mãe me incentivou, e fui aceitando aos poucos.”

Apesar de não ter consciência de estar grávida, no início sentiu enjôos de manhã, mas pensava que era do café; e no ônibus para faculdade, também sentia enjôos e pensava que era do balanço do ônibus. Apresentou pré-eclâmpsia no final, quando soube que estava grávida. Foi logo internada por uma semana em seu município. Voltou para casa três dias e foi novamente internada no HCPA, uma semana depois foi indicado e realizado o parto prematuro.

Ela achou que o parto foi tranquilo: “Foi jóia! Não senti dor. Senti emoção. Eu ia dar o bebê, já tinha até achado um casal de advogados que queriam, mas quando eu vi o bebê chorar, senti e pensei - esse é meu!” Com relação ao bebê achou que o parto foi bom para ele. “Ele não tava bem dentro de mim. Tinha pouco líquido. Seria melhor ganhar ele mais rápido. Melhor para ele e para mim”.

A mãe foi ver o bebê na UTIN no dia seguinte. Achou-o muito pequeno e sentiu medo de tocar nele. “Tive medo de machucar ele, tão pequenininho.” Ela preferia que fosse uma menina, por achar “mais feminina para lidar”, e teve dificuldades em escolher o nome, mostrando sua decepção frente ao bebê real, um bebê do sexo masculino.

No 1^o dia de intervenção, Cláudia ainda estava hospitalizada, e mostrou dificuldades para ficar ao lado da incubadora realizando a intervenção, dizendo não sentir-se bem. Falou baixinho e realizando pausas em sua fala. O bebê estava sonolento, abrindo os olhos e emitindo expressões de “sorriso”. A mãe posicionou-se face a face, e sorriu frente aos movimentos do bebê. Aos 10 minutos ela pediu para parar porque precisava deitar-se, sentia dor na ‘cesárea’. Disse que tentaria novamente à tarde.

No 2^o dia de intervenção, a mãe começou a falar animadamente com seu bebê, posicionando-se face a face com ele através da portinhola da incubadora, mostrando maior desenvoltura em realizar a intervenção, conforme havia sido proposto. Ela conversou fluentemente com seu bebê, parou poucos segundos de falar e quase nunca desviou seu foco de atenção do bebê na incubadora, o que demonstrou sua concentração no que fazia. Quando o bebê se movimentou bastante ela sorriu e pediu que ele acordasse. A mãe pareceu interpretar cada movimento do bebê, mudando a entonação

de sua voz a cada movimento que ele fazia. Ela pareceu preocupada quando Márcio, ao mexer-se, puxou a sonda nasogástrica. Reprendeu-o dizendo para tirar a mão da sonda e como ele continuou puxando ela interferiu tirando a mão do bebê da sonda, este foi o único momento em que ela colocou sua mão dentro da incubadora.

Nos dias que se seguiram, Cláudia disse que estava gostando de falar com o bebê e que fazia mais vezes por dia e mais tempo do que o combinado. Referiu ainda, que quando o bebê estava agitado e ela começava a falar ele se acalmava, demonstrando assim, uma contribuição desta intervenção para esta díade. Também já estava podendo perceber características do bebê, que antes julgava não possuir. Ela estava impressionada com o choro dele: “como ele chora forte, não sabia que tão pequenininho assim pudesse chorar forte”. Durante as intervenções o bebê reagia à voz da mãe, acordando e ela sorria para ele, mostrando-se gratificada.

Já no 7º dia de intervenção, a mãe estava com o bebê no colo, dizendo ter gostado muito de pegar ele, e que preferia conversar com ele no colo: “sinto ele mais próximo de mim”. Isso mostra que Cláudia não tinha mais medo de machucar seu bebê, podendo pegá-lo em seu colo, e assim realizar trocas mais ricas.

No 8º dia de intervenção, Cláudia mostrou-se ambivalente com relação à intervenção, pois, quando a observadora chegou, Cláudia parecia cansada e incomodada, dizendo não ter assunto para falar. O bebê estava acordado, a mãe se posicionou face a face com ele através da portinhola da incubadora e falou com ele em um tom de voz suave e baixinho, denotando querer intimidade com o bebê. Por isso, poderia achar que a observadora estava atrapalhando. Olhou para a observadora e disse: “Dormiu agora...” O bebê mexeu-se pouco, mas mesmo assim, ela não desviava sua atenção dele, falando com carinho e sorrindo algumas vezes. Mesmo quando interrompida por uma auxiliar, Cláudia pareceu não desconcentrar-se do que fazia. Depois ela notou que ele dormia de boca aberta, falou para ele fechar, dizendo achar feio dormir de boca aberta. O bebê fechou a boca em seguida e ela disse: “Isso mesmo, assim é melhor.”

No 9º dia de intervenção, o bebê estava alerta e movimentando-se lentamente. Ela falou bastante e sempre baixinho, com o rosto apoiado na portinhola da incubadora. Ela disse estar preocupada com a saúde do bebê.

No 12º dia de intervenção, o bebê dormia, mexeu a mão e depois vocalizou e ela disse: “Que tá resmungando aí?” Ela olhou para ele e sorriu. O bebê estava bem alerta. Ela posicionou-se face a face com ele. Ela percebeu que ele estava com soluço e tocou

no bebê com uma mão. Ele ficou agitado, mas logo dormiu. E ela disse: “ainda por cima é brabo”. No final da intervenção ela falou para o bebê: “Não tem presente para ti esse ano, tu é que vai ter que me dar um presente: ir embora [receber alta]”. O bebê agitou-se novamente e ela mudou o tom de voz na tentativa de acalmá-lo, dizendo: “Que foi filho? Tá tendo pesadelo?”

Na última intervenção (15^o dia), a mãe expressou novamente sua ambivalência com relação ao bebê, pois não pareceu se importar pelo fato dele ter virado o rosto para o lado oposto a ela no início da intervenção. O bebê se movimentou pouco e Cláudia fez algumas pausas curtas em sua fala. Ela disse para ele: “Hoje é Natal. Teu primeiro Natal no hospital”. O bebê agitou-se e ela interpretou-o, dizendo: “Que é isto? Tá embrabecendo?” Depois virou o rosto do bebê em sua direção, fazendo com que ambos ficassem posicionados face a face. Cláudia falava baixinho na portinhola e demonstrava felicidade em observar os movimentos e expressões faciais de Márcio. O bebê virou o rosto para o lado oposto novamente. Ela tentou fazer com que desvirasse, acariciando o seu rosto. Como ele não o fez, ela mesma virou o rosto do bebê para o seu lado. Ela falou baixinho e olhou fixamente para seu filho durante todo o período, e sua atenção só foi desviada quando o barulho na UTIN aumentou bastante, o que aconteceu por breves instantes. O bebê pareceu ficar cada vez mais relaxado ao longo do tempo, dormia calmamente movimentando braços e pernas lentamente.

Na última entrevista, após a intervenção, Cláudia disse estar “muito bem. O bebê está ótimo! Evoluindo bem, ganhando peso. Hoje está com 1520g e os antibióticos já estão no fim, isso quer dizer que faltam 500g para ir para casa”. Não achava nenhum problema ao vê-lo na incubadora. “Acho normal, já estou acostumada, acho que é porque vejo ele todos os dias, a gente vai se acostumando.”

Pode-se ver que a intervenção fala afetiva foi eficaz na opinião de Cláudia que disse: “Ajudou demais! Ainda ontem eu falei para minha mãe: que bom que eu tenho alguém para conversar, para me orientar com o Márcio. Principalmente no meu caso, que estou sozinha aqui em Porto Alegre, venho sozinha para o hospital, porque minhas tias trabalham e não podem vir comigo. Acho que a tua ajuda foi fundamental. E eu estou adorando conversar com o Márcio, se tu não tivesse me pedido, eu não falaria, porque a gente não sabe dessas coisas, o que fazer para ajudar. Realmente a gente fica perdida numa situação como essa, então eu achei ótimo poder participar do estudo.”

Síntese da avaliação qualitativa da intervenção fala afetiva

Com base nas discussões de cada caso pode-se ver que a maioria das mães que participaram da intervenção fala afetiva (com exceção de Cláudia e Gisele) vivenciou o parto prematuro com dificuldades, por ter sido realizado com urgência, elevando a ansiedade, devido aos temores frente à própria morte e frente à possibilidade de perda do bebê. Para Lebovici (1986), o nascimento prematuro da criança pode representar a confirmação de suas fantasias de castração - ela deu à luz a um bebê “não concluído”, “incompleto”.

Na verdade, para todas as mães, o nascimento de um bebê pré-termo é um evento muito estressante. Fisicamente e psicologicamente, o processo de gestação de nove meses é interrompido abruptamente e os pais sentem-se tipicamente despreparados com o nascimento (Hughes & McCollum, 1994).

Esta primeira separação, física, é amplificada de maneira considerável, segundo Lebovici (1987), por uma “segunda” separação, já mencionada acima que é: o fato do bebê, muitas vezes, estar em uma outra sala em uma incubadora, quando não é transportado a um outro hospital (como no caso de Mariana-Vanda). Além disso, como enfatizou Anderson (1986), um período de recuperação prolongada tem enormes conseqüências na interação inicial mãe-bebê (ex: Neuza-Amanda; Mariana-Vanda). A separação imediatamente depois do nascimento atrasa o início do processo de apego para a díade mãe-bebê (Niven et al., 1993).

A situação de separação forçada aumenta os sentimentos dos pais de serem inúteis porque eles ficam incapazes de responder ou interagir com seu bebê do modo como a maioria dos pais tipicamente interage (ex. ‘ninando’, falando, etc). Na verdade, nas oportunidades para interagir com o bebê pré-termo, as ações dos pais podem ter um efeito oposto ao desejado quando, por exemplo, o bebê mostra sinais de desconforto frente à interação. Consequentemente, os pais ficam confusos e às vezes ainda mais ansiosos do que antes (Hughes & McCollum, 1994). Assim, a interação mãe-bebê pré-termo é imediatamente perturbada. Em casos mais graves ela é, inclusive, temporariamente suprimida em função do bebê e dos pais estarem separados em razão da imaturidade biológica do recém-nascido, da necessidade de pô-lo numa incubadora, ou de realizar outros cuidados médicos.

Estas situações apontadas na literatura foram evidenciadas também entre as seis díades submetidas à intervenção fala afetiva. A maioria das mães ficou impressionadas ao ver seus bebês nas incubadoras pela primeira vez, devido ao pequeno tamanho e

necessidade de cuidados intensivos. Estes medos a respeito da sobrevivência do bebê e a impossibilidade de cuidados normais foram apontados por Niven et al. (1993) como afetando fortemente o apego pais-bebê pré-termo.

A maioria das mães deste grupo idealizou a equipe médica, seja no início da hospitalização, seja no momento da alta. A natureza altamente técnica e intrusiva do ambiente da UTIN pode exacerbar a ansiedade parental. O corpo técnico da instituição que toma conta do bebê tende a aparecer aos olhos dos pais como os únicos capazes de tocar, pegar e nutrir o bebê, enquanto eles próprios, “não autorizados” a fazê-lo, podem sentir-se inseguros e perigosos ao realizarem estas atividades. Os médicos e as enfermeiras aparecem muitas vezes na fantasia dos pais como os verdadeiros “pais” do bebê, sobretudo à medida que aumenta a permanência do bebê na UTIN.

Em relação aos efeitos da intervenção fala afetiva, esta parece ser efetiva na melhoria da interação mãe bebê. Nesta intervenção, as mães tendem a posicionar o bebê face a face, facilitando, assim, a troca visual. Pode-se constatar que todas as mães que participaram desta intervenção posicionaram-se desta forma, e assim puderam observar melhor as reações, principalmente as faciais (expressão de sorriso), de seus bebês. Além disso, como diz Malatesta et al. (1986), o sorriso do bebê é mais comum de ocorrer quando olhando para o rosto de sua mãe. Assim, durante a interação face a face, as mães estimularam bastante seus bebês, e ao perceber as respostas deles, sentiram-se mais estimuladas a continuarem esforçando-se a falar.

Os bebês pré-termos que foram submetidos à estimulação fala afetiva responderam tranquilamente, com exceção de Vanda no 2o. dia de intervenção (motivos explicados na discussão do caso). Als et al. (1980) também acharam resultados positivos frente à estimulação auditiva com bebês pré-termos. Os autores mostraram que quando o examinador tomava o bebê nos braços, após tê-lo envolto em panos de maneira que se sentisse ‘contido’ num plano motor, o bebê evitava de início ativamente o olhar do adulto, fechando os olhos e, depois, voltando a cabeça. Quando o examinador lhe falava *com uma voz doce*, após ter posto seu rosto fora do campo de visão do bebê, o tônus da criança se relaxava e finalmente ela voltava a cabeça na direção da voz. Essa orientação eletiva para a voz ilustra o funcionamento do sistema de regulação da vigilância, assim como o sistema interacional do pré-termo.

Todas as mães que participaram do estudo relataram sentirem-se satisfeitas ao realizarem a intervenção fala afetiva, porque sentiam que ajudava a sentirem-se mais próximas do bebê; ajudava a perder o medo de tocá-lo e pegá-lo (Gisele) e ajudava a

não sentirem tanta culpa pela prematuridade do bebê (Gisele e Mariana).

Todas as mães, no decorrer do período de intervenção, apontaram características dos bebês e principalmente o ganho de peso diário. Tais verbalizações podem ser apontadas como um efeito da intervenção, na medida em que elas, ao conseguirem estabelecer um vínculo com o bebê, podiam perceber a evolução e as suas características.

Por outro lado, a evolução das díades que participaram desta intervenção permite inferir que a intervenção fala afetiva, dependendo das características da mãe, pode não ser tão efetiva se a mãe for uma pessoa pouco fluente, pouco criativa para encontrar assuntos para falar (ex: Mariana-Vanda e Rosa-Virgínia).

Parte 3

Papel das intervenções na qualidade da interação mãe-bebê: uma avaliação quantitativa

Nesta sessão, serão examinados os dados sobre o desenvolvimento dos bebês pré-termos durante o período de hospitalização. O objetivo foi examinar o efeito das intervenções na evolução dos pré-termos e nos comportamentos interativos mãe-bebê.

Os dados demográficos foram obtidos através da **Entrevista de dados demográficos e da Entrevista de avaliação da interação mãe-bebê pré-termo** que as mães responderam na ocasião em que aceitaram participar do estudo. Os dados de evolução fisiológica diária foram obtidos através da **Ficha de dados sobre a evolução do bebê pré-termo**. E os dados acerca dos comportamentos maternos e dos comportamentos dos pré-termos nas intervenções filmadas, foram obtidos durante as sessões de observação.

Como foi visto na Introdução, enquanto alguns autores têm enfatizado a importância da estimulação tátil para o desenvolvimento do pré-termo (Adamson-Macedo & Attree, 1994; Field & cols, 1986; Róiste & Bushnell, 1996), outros autores têm enfatizado o papel da fala afetiva (Eckerman & cols, 1994, 1995). Estes autores têm mostrado que a estimulação tátil contribui para uma melhora na evolução fisiológica dos pré-termos, como ganho de peso, melhor ambiente estomacal (stomachal environment), maiores períodos em estado de inatividade alerta etc. Do mesmo modo, a fala afetiva em posição face a face tem sido apontada como contribuindo para um aumento de atenção visual, ou seja, períodos mais prolongados de olhos abertos quando isto co-ocorria com outros comportamentos (baixa atividade dos membros, expressão facial relaxada, ou boca abrindo).

No presente estudo, foram examinados os efeitos dos dois tipos de intervenções tanto na evolução fisiológica do pré-termo, como também na interação mãe-bebê durante a hospitalização. A expectativa inicial era de que haveria uma evolução fisiológica mais rápida no grupo de prematuros submetidos à intervenção, quando comparados ao grupo sem intervenção. Além disso, esperava-se que a intervenção estimulação tátil mais do que a intervenção fala afetiva contribuísse para esta evolução fisiológica mais rápida do pré-termo.

Quanto aos comportamentos interativos mãe-pré-termo, esperava-se que o grupo

submetido à intervenção fala afetiva apresentasse interação mais intensa do que o grupo submetido à intervenção estimulação tátil.

A seguir inicia-se descrevendo as características demográficas das famílias e dados da gestação e da saúde dos pré-termos ao nascerem. No segundo momento, examina-se a evolução do pré-termo durante o período de hospitalização. Por fim, examina-se os comportamentos interativos das díades em cada intervenção.

Características demográficas da família e dados da gestação e da saúde dos pré-termos

A Tabela 1 apresenta as características demográficas das famílias e dados da gestação e da saúde dos pré-termos. Pode-se verificar que as características dos três grupos são similares. A média de idade das mães dos grupos são próximas (27, 28 e 26 anos). A grande maioria das mães dos três grupos estava na primeira ou segunda gestação. Com relação ao planejamento da gravidez, a maioria das mães do grupo estimulação tátil disse ter planejado a gestação (83%), mas este índice foi menor para o grupo fala afetiva (50%) e grupo controle (16%). Os problemas de saúde durante a gestação mais frequentes em todos os grupos foram a pré-eclâmpsia, seguido da ameaça de aborto e bolsa rota.

Tabela 1
Dados demográficos dos participantes

Dados Demográficos		Gr Estimulação Tátil (n = 6)	Gr Fala Afetiva (n = 6)	Gr Controle ¹ (n = 12)
Idade da mãe	Média	27 anos	28 anos	26 anos
	DP	6,02	9,02	8,19
Ordem da gestação	Primeira	3 (50%)	3 (50%)	4 (33%)
	Segunda	1 (17%)	2 (33%)	6 (50%)
	Terceira	2 (33%)	1 (17%)	1 (8,3%)
Planejamento da Gestação	Sim	5 (83%)	3 (50%)	2 (16%)
	Não	1 (17%)	3 (50%)	4 (33%)
	Não informado	-	-	6 (60%)
Saúde na gestação	Pré-eclâmpsia	4 (57%)	5 (56%)	4 (33%)
	Ameaça de aborto	1 (14%)	3 (33%)	-
	Placenta prévia, Líquido reduzido	2 (29%)	1 (11%)	1 (8,3%)
	Bolsa rota/infec ovular	-	-	3 (25%)
	Outros	-	-	3 (25%)
Escolaridade da mãe	1º grau	1 (17%)	-	8 (66%)
	2º grau	5 (83%)	6 (100%)	3 (25%)
Mãe trabalha fora da casa	Sim	4 (67%)	3 (50%)	3 (25%)
	Não	2 (33%)	3 (50%)	8 (66%)
Profissão da mãe	Nível Técnico	2 (33%)	-	1 (8,3%)
	Estudante	-	1 (17%)	-
	Serviços Gerais	1 (17%)	-	1 (8,3%)
	Desempregada/não trabalha	2 (33%)	2 (33%)	8 (66%)
	Proprietária microem-presa	-	2 (33%)	1 (8,3%)
	Professora	1 (17%)	1 (17%)	-
Profissão do pai	Trab. comércio	2 (33%)	1 (17%)	-
	Serviços Gerais	3 (50%)	1 (17%)	-
	Trab. indústria	1 (17%)	-	-
	Desempregado/não trabalha	-	1 (17%)	-
	Proprietário micro-empresa	-	3 (50%)	-
Tempo/residência da mãe com o pai	Menos de 1 ano	-	2 (33%)	-
	1ano a 2 anos e 11m	1 (17%)	1 (17%)	-
	3 anos a 4anos e 11 m	1 (17%)	-	-
	5 anos ou mais	4 (67%)	3 (50%)	-
Condições de moradia (NSE)	Baixo	2 (33%)	2 (33%)	5 (41%)
	Médio-baixo	3 (50%)	1 (17%)	1 (8,3%)
	Médio	1 (17%)	3 (50%)	5 (41%)
Número de pessoas que residem na casa	Duas	3 (50%)	2 (33%)	-
	Três	1 (17%)	3 (50%)	-
	Quatro a seis	2 (33%)	1 (17%)	-

¹ As mães do Grupo Controle não foram entrevistadas, por isso alguns dados não foram obtidos.

A Tabela 2 apresenta os dados da gestação e da saúde do pré-termo no nascimento. Como pode-se verificar, os indicadores de nascimento dos três grupos de pré-termos que participaram do estudo foram semelhantes. Os três grupos tiveram uma idade gestacional média de aproximadamente 31 semanas e o peso médio dos pré-termos foi de aproximadamente 1300g.

Tabela 2
Idade gestacional e de saúde do pré-termo no nascimento.

Dados do nascimento		Gr. Tátil (n = 6)	Gr. Fala (n = 6)	Gr. Controle (n = 12)	Valor de F ¹	P
Idade gestacional (semanas)	μ	30,83	31,16	31,16	0,027	ns
	DP	1,83	2,13	3,61		
Sexo	Meninos	2 (33%)	2 (33%)	4 (33%)	—	—
	Meninas	4 (66%)	4 (66%)	8 (66%)		
Peso (gramas)	μ	1359,16	1300,00	1337,91	0,113	ns
	DP	201,28	249,47	212,91		
APGAR no 1o. minuto	μ	5,66	5,00	5,33	0,152	ns
	DP	2,80	2,00	1,72		
APGAR no 5o. minuto	μ	8,50	8,16	8,16	0,119	ns
	DP	1,22	2,13	1,11		
Uso de Oxigênio (em dias):						
Sem oxigênio/estável		1 (17%)	2 (33%)	3 (25%)		
Campânula		3 (50%)	3 (50%)	6 (50%)	—	—
CPAP Tubo		1 (17%)	---	2 (17%)		
CPAP Tubo		1 (17%)	1 (17%)	1 (24%)		

¹d.l. = 2,21

Como pode-se ver nos dados sobre sexo, duas vezes mais meninas (n = 8) do que meninos (n = 4) participaram deste estudo igualmente distribuídos nos dois grupos submetidos à intervenção. O grupo controle foi balanceado seguindo a mesma proporção. Essa tendência pode ser explicada pela dificuldade de encontrar pré-termos do sexo masculino com condições de saúde consideradas estáveis logo após o nascimento.

A Tabela mostra, ainda, que os dados de APGAR no primeiro e quinto minutos foram muito semelhantes nos três grupos. O mesmo ocorreu no uso de oxigênio: 50% dos bebês em cada grupo precisou de campânula logo após o nascimento. Isto pode ser visto, também, sobre a estabilidade que aconteceu em média no terceiro e quarto dia de vida nos três grupos (Tabela 2).

No conjunto, esses dados mostram que os grupos de pré-termos eram bastante semelhantes ao nascimento. Neste sentido, as eventuais mudanças na evolução fisiológica dos bebês e na qualidade de interação mãe-bebê poderiam ser associadas ao

papel das intervenções. Estas expectativas serão examinadas a seguir.

Evolução do Pré-termo durante Hospitalização

Nesta parte, examinam-se os dados de evolução fisiológica dos bebês pré-termo durante a hospitalização. Estas informações foram obtidas nos prontuários dos pré-terminos, onde são feitos registros diários sobre sua evolução durante a internação.

A Tabela 3 apresenta os dados de evolução dos bebês pré-termo durante todo o período de hospitalização.

Tabela 3
Incidência média, desvio padrão, valor de F e nível de significância da evolução do bebê pré-termo nos três grupos durante a hospitalização.

Evolução do bebê		Gr. Tátil (n = 6)	Gr. Fala (n = 6)	Gr. Controle (n = 12)	Valor de F	P
Hospitalização (dias)	μ	41,66	39,16	41,83	G ¹ = 0,07	ns
	DP	12,11	14,48	15,44		
Estabilidade (em dias)	μ	4,00	2,83	3,58	G ¹ = 0,24	ns
	DP	3,52	3,25	2,50		
Ganho de peso na hospitalização (gr)	μ	668,33	692,50	659,58	G ¹ = 0,04	ns
	DP	185,57	260,99	216,95		
Ganho de peso Médio por dia	μ	16,47	17,59	16,02	G ¹ = 0,86	ns
	DP	3,05	1,59	2,34		
Dias antes da intervenção	μ	7,66	9,66	—	G ² = 0,39	ns
	DP	4,63	6,28			
Dias depois da intervenção	μ	18,16	12,50	—	G ² = 1,03	0,33
	DP	11,39	7,58			

¹d.l. = 2,21

²d.l. = 1,10

Como pode-se ver na tabela, os três grupos de pré-terminos ficaram em média aproximadamente 40 dias no hospital. A estabilidade clínica dos pré-terminos foi atingida em média 3 a 4 dias após o nascimento, não havendo diferença significativa entre os três grupos.

O ganho de peso total durante a hospitalização foi em média maior no grupo fala afetiva (692,50 gr) do que nos grupos estimulação tátil e controle (668,33 gr e 659,58 gr, respectivamente), mas esta diferença não foi significativa.

Embora os bebês do grupo estimulação tátil e grupo fala afetiva tenham apresentado condições de saúde semelhante ao nascimento, os bebês do grupo fala

afetiva ficaram em média menos dias no hospital (12,5 dias) do que os bebês do grupo estimulação tátil (18,2 dias) após a intervenção. Apesar desta tendência, a diferença entre os dois grupos não foi significativa ($p < 0,33$).

No seu conjunto, os dados da Tabela 3 mostram que os bebês, em geral, desenvolveram-se bem, ganhando o peso necessário para a alta hospitalar, porém não há diferenças significativas entre os grupos. Alguns estudos (ex. Field & cols, 1986) concluíram que as crianças submetidas à estimulação tátil aumentavam mais rapidamente de peso, evidenciavam comportamentos mais organizados, possibilitando uma alta mais rápida quando comparadas às crianças sem intervenções. Os dados do presente estudo mostraram apenas uma tendência não significativa de aumento de peso em ambos os grupos com intervenção, quando comparados com o grupo controle. Esta tendência foi ainda um pouco maior no grupo fala afetiva do que no grupo estimulação tátil. A alta hospitalar também foi em média mais rápida no grupo fala afetiva do que no grupo estimulação tátil. A ausência de diferença significativa pode ser devida ao pequeno tamanho da amostra, fato que merece ser examinado em futuros estudos.

A Tabela 4 apresenta a incidência média, desvio padrão, valor de F e nível de significância para diversos indicadores da evolução dos bebês pré-termos nos três grupos na fase inicial e final da hospitalização.

Como pode ser visto, os resultados não revelam diferenças significativas entre os grupos nas várias funções fisiológicas avaliadas, a saber: peso, FC, FR, temperatura, uso de O₂, intercorrências clínicas, entre outras. Independente da intervenção realizada (i.e. estimulação tátil ou fala afetiva) todos os bebês apresentaram uma evolução significativa nesses dados evolutivos. Por exemplo, comparando a fase inicial (10 primeiros dias) e final (10 últimos dias) de hospitalização, todos os bebês ganharam significativamente mais peso ($p < 0,001$); tiveram uma redução significativa na variação da FC ($p < 0,001$), da FR ($p < 0,001$) e temperatura ($p < 0,001$). Por outro lado, como era esperado, houve um aumento significativo na quantidade média de alimentação ingerida nos últimos dias de hospitalização, comparado à fase inicial ($p < 0,001$). Como era de se esperar, ocorreu uma redução significativa na necessidade do uso de O₂ ($p < 0,001$).

Com relação às intercorrências, comparando o período inicial e final da hospitalização, também houve um aumento significativo no número de dias que os pré-termos permaneceram sem intercorrências ($p < 0,001$). O uso de fototerapia para icterícia, intercorrência mais comum nos primeiros 10 dias, diminuiu significativamente

na fase final da hospitalização ($p < 0,001$).

Por fim, a Tabela mostra a frequência média de dias que a mãe esteve no hospital na fase inicial e final de hospitalização do pré-termo. Os dados mostram que enquanto a presença das mães do grupo estimulação tátil (início: 7,5 dias; final: 7,66 dias) e controle (início: 6,08 dias; final: 6,66 dias) manteve-se similar no início e fim da hospitalização, as mães do grupo fala afetiva aumentaram sua presença no final da hospitalização (início: 7,66; final: 9,0 dias). Embora esta diferença não seja significativa, ela pode indicar que as mães do grupo fala afetiva tenderam a se envolver mais com o bebê do que as dos demais grupos.

Tabela 4

Incidência média, desvio padrão, valor de F e nível de significância da evolução do bebê pré-termo em cada um dos grupos na fase inicial e final da hospitalização.

Evolução do bebê		10 primeiros dias			10 últimos dias			Valor de F	P
		Gr. Tátil n = 6	Gr. Fala n = 6	Gr. Contr n = 12	Gr. Tátil n = 6	Gr. Fala n = 6	Gr. Contr n = 12		
Peso	μ	1257	1244	1233	1922	1862	1855	D ¹ = 173,65	0,001
	DP	235,3	256,4	229,3	174,7	64,00	64,31		
Δ FC	μ	30,88	31,90	31,72	20,68	23,36	24,39	D=18,99	0,001
	DP	2,47	5,75	5,62	3,04	9,81	6,56		
Δ FR	μ	26,35	25,20	25,74	15,11	16,46	15,54	D = 59,52	0,001
	DP	5,21	7,21	3,43	2,32	3,11	1,57		
Δ Temperatura	μ	0,92	0,75	0,84	0,63	0,63	0,64	D = 23,59	0,001
	DP	0,35	0,19	0,14	0,10	0,13	0,07		
Alimentação	μ	65,13	56,60	77,48	304,4	274,0	301,6	D = 344,41	0,001
	DP	63,56	55,21	49,50	32,08	12,99	27,28		
Intercorrências (dias)									
Sem intercorrências	μ	9,66	7,83	8,58	3,5	3,0	4,66	D = 70,72	0,001
	DP	0,51	2,56	2,64	2,07	2,28	2,34		
Icterícia (em fototerapia)	μ	6,16	6,0	4,33	0,0	0,66	0,25	D = 83,21	0,001
	DP	2,31	2,52	2,34		1,63	0,86		
Apnéia	μ	1,16	1,33	1,25	0,16	0,33	0,58		ns
	DP	1,47	1,50	1,21	0,4	0,81	0,99		
Taquicardia	μ	0,0	0,16	0,16	0,0	0,16	0,08		ns
	DP		0,4	0,38		0,4	0,28		
Sepsis	μ	1,0	0,0	0,41	0,0	0,0	0,75		ns
	DP	2,44		0,66			2,59		
Bradycardia	μ	0,0	0,0	0,0	0,0	1,16	0,08		ns
	DP					0,4	0,25		
Vômito	μ	0,0	0,83	0,08	0,16	0,83	0,0		ns
	DP		2,04	0,28	0,4	2,04			
Uso de Oxigênio (dias)									
Sem oxigênio	μ	6,5	7,3	7,42	10,0	9,83	9,91	D = 23,96	0,001
	DP	3,27	2,94	2,15	0,0	0,4	0,28		
Campânula	μ	1,83	1,66	1,66	0,0	0,16	0,83	D = 35,55	0,001
	DP	1,69	1,69	0,93		0,4	0,28		
CPAP	μ	0,66	1,0	1,33	0,0	0,0	0,0	D = 6,30	0,02
	DP	1,21	1,67	2,14					
Tubo	μ	1,0	0,5	0,08	0,0	0,0	0,0	D = 3,29	0,08
	DP	2,44	1,22	0,28					
Presença da mãe (dias)	μ	7,5	7,66	6,08	7,66	9,0	6,66		ns
	DP	3,2	2,94	2,35	1,63	1,26	2,77		

Δ FC = variação da frequência cardíaca diária; Δ FR = variação da frequência respiratória diária

D = diferença entre os 10 últimos dias e os 10 primeiros dias

¹d.l.= 2,21

Comportamentos Maternos e dos Pré-termos durante Intervenção

Nesta sessão, examinam-se os comportamentos interativos das díades mãe-bebê pré-termo que foram observados e filmados no segundo, oitavo e décimo quinto dia de intervenção. As observações foram feitas somente com os doze pré-termos submetidos à intervenção e, por isto, o grupo controle não foi incluído nas análises seguintes.

A expectativa inicial era de que as duas intervenções realizadas, fala afetiva e estimulação tátil, trariam efeitos diferenciados no comportamento da mãe e do pré-termo. Por exemplo, em função de suas características específicas, a intervenção fala afetiva traria uma maior contribuição para a qualidade da interação mãe-bebê, ao exigir das mães um maior envolvimento emocional com o seu bebê, que seria expresso por comportamentos essencialmente sociais como o falar, posicionar-se face a face, sorrir e olhar. Além disto, a voz da mãe, já ouvida durante a gestação, contribuiria para o pré-termo responder mais intensamente à presença e comportamentos da mãe durante a intervenção. Já a intervenção envolvendo estimulação tátil poderia até prescindir de envolvimento emocional das mães e se constituir em uma atividade quase automática/mecânica. Neste sentido, a demanda mais social que é feita pela intervenção fala afetiva, tanto para a mãe como para o pré-termo, trariam benefícios mais evidentes para a interação mãe-bebê.

Em função disto, esperava-se por exemplo que, comparado ao grupo estimulação tátil, as mães do grupo fala afetiva apresentassem uma incidência maior nas categorias *fala para o bebê, interpreta/fala para o bebê, posiciona o bebê face a face, sorri para o bebê*. Por outro lado, os pré-termos do grupo fala afetiva, quando comparados aos do grupo de estimulação tátil, apresentariam uma incidência maior nas categorias *Alerta/quieto, Expressão de sorriso, Movimenta cabeça*.

Quanto a intervenção envolvendo estimulação tátil, esperava-se que ela aumentasse a frequência dos comportamentos do tipo *Olha para o bebê, Embala/aconchega o bebê, Acaricia, Muda posição/manuseia bebê*, e os comportamentos de toque e massagem em todo o corpo do bebê, utilizando as duas mãos e principalmente as duas mãos.

Para fins de análise, foram examinados os comportamentos maternos e infantis, que compunham o protocolo de observação descritos em detalhes no capítulo II. Com base no protocolo de observação, foram examinados os comportamentos maternos: *interpreta/fala para o bebê, responde à vocalização/choro do bebê, fala para o bebê, olha*

para o bebê, sorri para o bebê, embala/aconchega o bebê, acaricia, beija/faz carinho com o rosto, posiciona o bebê face a face, muda posição/manuseia o bebê, toca/massageia com a ponta dos dedos, toca/massageia com a palma da mão, toca/massageia com uma mão, toca/massageia com as duas mãos, toca/massageia a cabeça do bebê, toca/massageia braço/mão do bebê, toca/massageia perna/pé do bebê, toca/massageia tronco do bebê, toca/massageia devagar, atende o bebê (fralda, sonda), atenção para o ambiente, interrompida por terceiros, fala com terceiros, fala com o observador, demonstra cansaço; e os comportamentos infantis: dorme, sonolento/abre os olhos, alerta/quieto, boceja/abre a boca, expressão de 'sorriso', movimenta cabeça, movimenta tronco, movimenta braços, movimenta pernas, movimento de 'espreguiçar', movimentos involuntários, bebê com rosto para lado oposto, agitado, mama Sonda OroGástrica, na incubadora, no colo.

Nove minutos de vídeo de cada dia de observação foram utilizados na análise. Foram considerados os três minutos antes da intervenção, três minutos durante a intervenção e três minutos após a intervenção. Cada período de observação foi dividido em intervalos de 15 segundos durante os quais se examinou a presença de cada uma das categorias contidas no protocolo de observação. Quando uma categoria era observada mais de uma vez no mesmo intervalo de 15 segundos, ela era contada apenas uma vez. Quando categorias diferentes eram observadas no mesmo intervalo de tempo, cada uma foi contada separadamente.

Os dois codificadores que analisaram os vídeos foram extensamente treinados pela autora durante aproximadamente 10 horas e não tinham conhecimento sobre as hipóteses do estudo. Após este treinamento, cada período de observação foi analisado separadamente pelo dois juizes. As eventuais discordâncias entre os dois juizes foi dirimida pela autora, no papel de terceiro juiz.

Para avaliar o efeito das intervenções efetuadas sobre a qualidade da interação mãe-bebê, foi realizada análise de variância nos escores obtidos sobre a frequência dos comportamentos maternos e infantis.

A Tabela 5 apresenta a incidência média, desvio padrão, valor de F e nível de significância dos comportamentos maternos nos dois grupos no segundo, oitavo e décimo quinto dia de intervenção.

Como pode-se verificar na Tabela, diferenças significativas ocorreram entre os grupos em relação a algumas das categorias examinadas. Por exemplo, as mães do grupo estimulação tátil apresentaram uma incidência significativamente maior nas

categorias de comportamentos envolvendo toque, a saber: *toca/massageia com ponta dos dedos* ($p < 0,003$), *toca/massageia com palma da mão* ($p < 0,01$), *toca/massageia com as duas mãos* ($p < 0,02$), *toca/massageia a cabeça do bebê* ($p < 0,006$), *toca/massageia a perna/pé do bebê* ($p < 0,02$), *toca/massageia o tronco do bebê* ($p < 0,001$), *toca/massageia devagar* ($p < 0,001$). Alguns comportamentos foram marginalmente significativos, como por exemplo, *toca/massageia com uma mão* ($p < 0,07$), e *toca/massageia braço/mão do bebê* ($p < 0,07$).

Por outro lado, comparado ao grupo estimulação tátil, as mães do grupo fala afetiva apresentaram uma incidência significativamente maior na categoria *fala para o bebê* ($p < 0,001$). Nesta mesma direção, uma diferença marginalmente significativa ocorreu na categoria *beija/carinho com o rosto* ($p < 0,06$). A Tabela 5 mostra, ainda, uma tendência das mães do grupo fala afetiva para apresentarem uma incidência maior do que as do grupo estimulação tátil, nas categorias: *responde a vocalização/choro do bebê*, *sorri para o bebê*, *embala/aconchega o bebê*, e *posiciona face a face*.

Os resultados mostram ainda que, tanto as mães do grupo estimulação tátil como as do grupo fala afetiva apresentaram uma alta incidência na categoria *olhar para o bebê*.

A tabela mostra, ainda, que as mães de ambos os grupos dirigiram bastante sua atenção para o ambiente que cercava a incubadora. Isto se deve ao fato da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal se caracterizar por um local com muitos barulhos, como alarme de aparelhos e pessoas conversando.

Os resultados indicam que as mães atenderam adequadamente às propostas específicas de cada intervenção. As mães do grupo estimulação tátil apresentaram um aumento significativo nas categorias envolvendo toque, enquanto as do grupo fala afetiva falaram significativamente mais com seus bebês. Apesar da forte ênfase no toque, as mães do grupo estimulação tátil também verbalizaram para seus bebês, enquanto as mães do grupo fala afetiva também tocaram em seus bebês. Isso pode ser explicado pelo alto grau de ansiedade em que se encontram estas mães. Como disse Hughes & McCollum (1994), a situação de separação forçada aumenta os sentimentos dos pais de serem inúteis porque eles ficam incapazes de responder ou interagir com seu bebê do modo como a maioria dos pais tipicamente interage (ex. 'ninando', falando, etc). Na verdade, nas oportunidades para interagir com o bebê pré-termo, as ações dos pais podem ter um efeito oposto ao desejado quando, por exemplo, o bebê mostra sinais de desconforto frente à interação. Consequentemente, os pais ficam confusos e às vezes

ainda mais ansiosos do que antes, o que faz com que ofereçam mais de um estímulo a seu bebê.

Tabela 5
Incidência média, desvio padrão, valor de F e nível de significância de comportamentos maternos nos dois grupos no segundo, oitavo e último dia de intervenção.

Categorias de comportamentos maternos		Grupo Tátil (n = 6)			Grupo Fala (n = 6)			Valor de F	P
		2° dia	8° dia	15° dia	2° dia	8° dia	15° dia		
Interpreta/fala pelo bebê	μ	0,5	0,0	0,67	1,33	0,3	0,67	D ¹ =45,32	0,000
	DP	1,22		0,81	1,21	0,51	1,63		
Responde a vocalização/ choro do bebê	μ	0,0	0,0	0,33	0,33	1,83	1,33	D = 4,69	0,06
	DP			0,82	0,82	4,5	2,8		
Fala para o bebê	μ	4,33	4,83	7,50	26,16	26,50	25,83	D = 3,30	0,10
	DP	7,08	6,77	4,89	4,12	6,12	8,5		
Olha para o bebê	μ	36,0	35,5	35,16	36,0	36,0	34,33	D = 2,22	0,16
	DP		0,84	2,04			3,14		
Sorri para o bebê	μ	4,50	2,16	3,5	10,33	10,0	8,67	D = 14,58	0,003
	DP	5,72	3,37	5,65	7,97	10,45	8,26		
Embala/aconchega o bebê	μ	0,0	0,17	2,83	3,33	3,50	1,83	D = 10,39	0,01
	DP		0,4	4,02	5,5	7,63	2,64		
Acaricia	μ	6,83	2,83	1,0	5,33	3,0	3,83	D = 4,03	0,07
	DP	7,28	4,49	1,09	5,57	4,98	6,52		
Beija/carinho com o rosto	μ	0,0	0,16	0,0	0,20	1,6	0,4	D = 7,65	0,02
	DP		0,4		0,4	1,97	0,55		
Posiciona o bebê face a face	μ	6,5	10,0	4,67	18,17	14,83	16,0	D = 11,91	0,01
	DP	8,8	8,34	5,12	12,33	12,73	14,23		
Muda posição/manuseia bebê	μ	2,17	2,50	2,83	0,67	0,50	2,50	D = 4,07	0,07
	DP	2,63	2,42	4,12	1,03	1,22	3,73		
Toca/massageia Com ponta dos dedos	μ	33,17	35,67	25,0	16,50	11,50	12,0	D = 7,14	0,02
	DP	5,23	0,82	10,0	13,2	12,95	7,29		
Toca/massageia Com palma da mão	μ	14,50	23,50	25,67	7,50	3,83	6,67	D = 19,00	0,001
	DP	10,82	13,29	3,61	9,12	9,39	12,11		
Toca/massageia com uma mão	μ	24,33	13,83	15,0	11,67	8,17	10,50	D = 32,78	0,001
	DP	9,58	13,48	11,89	8,33	6,21	5,54		
Toca/massageia com as duas mãos	μ	16,67	25,17	19,33	8,50	4,50	5,50	D = 19,00	0,001
	DP	12,08	13,86	7,55	10,19	10,07	11,20		
Toca/massageia cabeça do bebê	μ	19,33	20,33	22,17	9,83	5,33	10,33	D = 4,07	0,07
	DP	6,25	13,42	6,73	8,44	6,37	6,95		
Toca/massageia braço/mão do bebê	μ	14,50	18,83	6,67	6,0	6,50	4,0	D = 7,14	0,02
	DP	5,92	6,97	5,28	8,76	11,32	6,23		
Toca/massageia perna/pé do bebê	μ	12,67	18,83	12,50	5,50	1,33	5,17	D = 19,00	0,001
	DP	6,65	8,65	11,69	8,29	2,06	9,64		
Toca/massageia tronco do bebê	μ	24,50	24,00	24,50	7,83	5,67	6,33	D = 32,78	0,001
	DP	8,96	8,53	4,8	8,81	9,5	12,3		
Toca/massageia devagar	μ	35,33	36,00	29,83	14,50	10,33	10,67	D = 32,78	0,001
	DP	1,63		3,19	15,12	13,63	5,35		
Atende o bebê (fralda, sonda)	μ	1,17	0,50	2,83	1,17	1,50	3,83	D = 32,78	0,001
	DP	2,86	0,84	2,14	2,42	2,74	4,62		

Atenção para ambiente	μ	11,33	16,50	22,33	16,33	20,00	17,00	ns
		7,4	8,17	4,18	5,16	6,5	6,63	
DP								
Interrompida por terceiros	μ	1,67	1,00	2,17	1,67	2,17	5,50	ns
		3,2	1,55	4,84	2,34	2,14	4,97	
DP								
Fala com terceiros	μ	0,50	2,83	1,83	2,33	1,67	5,33	ns
		1,22	5,23	4,02	3,93	3,61	6,22	
DP								
Fala com o observador	μ	1,67	0,17	2,17	3,33	2,50	3,83	ns
		2,87	0,4	1,72	4,08	2,74	3,43	
DP								
Demonstra cansaço	μ	1,17	0,0	4,67	0,33	2,17	0,17	ns
		1,33		7,2	0,82	4,83	0,4	
DP								

¹d.l. = 1,10

A Tabela 6 apresenta incidência média, desvio padrão, valor de F e nível de significância das categorias de comportamentos dos pré-termos nos dois grupos no segundo, oitavo e décimo quinto dia de intervenção.

Como pode-se verificar na Tabela, não ocorreram diferenças significativas entre os grupos em relação às categorias examinadas. Os pré-termos do grupo submetido à intervenção fala afetiva apresentaram uma incidência maior na categoria *espreguiçar-se*, mostrando uma tendência, porém não significativa. Ainda os bebês do grupo fala afetiva, apresentaram uma incidência maior na categoria *no colo* a pedido das mães ($p < 0,01$), quando comparados ao grupo estimulação tátil, demonstrando uma maior proximidade mãe-bebê.

Por outro lado, comparado ao grupo fala afetiva, os pré-termos do grupo estimulação tátil apresentaram uma tendência, não significativa, a *movimentar pernas, tronco* e *apresentar-se agitado*. Além disso, pode-se ver na Tabela que os bebês dos dois grupos apresentaram um aumento de comportamentos nas categorias *abre a boca/boceja* e *movimenta cabeça* no decorrer do período de intervenção.

Alguns resultados do presente estudo corrobora com achados da literatura, que apontam para os efeitos imediatos da estimulação tátil aumentando a atividade do bebê pré-termo (Róiste & Bushnell, 1996). Poder-se-ia dizer que há um aumento de atividade, mas não se trata de um aumento de movimentos em todas as partes do corpo, isso vai depender das características individuais de cada bebê.

Outro resultado presente na Tabela, é com relação ao posicionamento do bebês. Os pré-termos do grupo estimulação tátil foram mantidos com o rosto virado para o lado oposto à mãe durante mais episódios, quando comparados com os pré-termos do grupo fala afetiva. Pode-se supor, com isso, que as trocas interativas favorecidas pela posição face a face não foram tão vivenciadas pelos bebês deste grupo, ao contrário do que ocorreu com o grupo fala afetiva, onde além disso, houve uma leve tendência dos pré-termos apresentarem mais '*expressão*' de sorriso, e foram mais posicionados *face a face* com suas mães (ver Tabela 5).

A Tabela 6 mostra, ainda, que os bebês dos dois grupos, com o passar dos dias de intervenção, foram apresentando mais a categoria *alerta*, e consequentemente, diminuindo a categoria *dorme*. Porém não houve diferenças significativas entre os grupos. Isto coincide com a literatura, onde encontra-se, entre outros, os resultados do estudo de Prechtl e col. (1979), que mostraram que antes das 36 semanas de idade gestacional, foram observados períodos curtos de olhos abertos que duravam até cinco

minutos em pré-termos saudáveis. Após esta idade, tende a ocorrer períodos contínuos de olhos abertos similares àqueles observados em recém-nascidos a termo. As duas intervenções, embora tenham contribuído para manter o estado de *alerta*, não tiveram um efeito diferenciado entre si.

Tabela 6
Incidência média, desvio padrão, valor de F e nível de significância de comportamentos dos pré-termos nos dois grupos no segundo, oitavo e último dia de intervenção.

Categorias de Comportamentos dos pré-termos		Grupo Tátil (n = 6)			Grupo Fala (n = 6)			Valor de F	P
		2° dia	8° dia	15° dia	2° dia	8° dia	15° dia		
Dorme	μ	34,0	31,0	24,67	31,50	27,50	24,67		ns
	DP	4,89	11,76	13,14	7,71	12,01	10,87		
Sonolento/abre os olhos	μ	0,50	1,67	4,17	1,0	3,33	2,50		ns
	DP	1,22	11,76	13,14	1,26	12,01	3,50		
Alerta/quieto	μ	0,0	3,67	6,83	1,33	2,50	0,50		ns
	DP		8,99	13,36	3,27	4,18	5,62		
Boceja/abre boca	μ	2,50	2,67	3,0	1,33	3,0	6,0		ns
	DP	2,74	6,05	6,87	2,42	4,29	8,92		
Expressão de ‘sorriso’	μ	0,33	0,83	0,33	1,17	2,17	1,83		ns
	DP	0,82	2,04	0,52	1,6	1,94	2,64		
Movimenta cabeça	μ	6,67	7,33	10,33	6,33	11,83	13,50		ns
	DP	0,52	5,71	11,25	2,66	5,34	8,69		
Movimenta tronco	μ	8,67	8,67	8,33	6,67	6,0	7,33		ns
	DP	4,13	7,76	8,36	3,83	6,66	7,0		
Movimenta braços	μ	9,33	13,33	11,0	11,67	9,17	11,00		ns
	DP	4,89	8,40	12,3	2,58	7,83	11,47		
Movimenta pernas	μ	18,67	15,50	12,50	13,67	7,0	10,17		ns
	DP	5,05	7,87	10,78	7,68	8,58	14,97		
Movimento de “espreguiçar”	μ	0,0	1,33	0,0	1,33	2,00	0,83	D ¹ =2,40	0,15
	DP		1,86		1,50	4,42	1,17		
Movimentos involuntários	μ	5,83	2,33	5,50	4,33	0,50	1,33		ns
	DP	3,49	1,50	11,53	5,16	0,84	2,33		
Bebê com rosto para lado oposto	μ	17,67	7,83	4,0	0,0	0,0	3,17		ns
	DP	19,37	14,48	9,79			5,15		
Agitado	μ	2,00	0,50	4,17	0,67	0,0	1,17		ns
	DP	2,45	1,22	10,2	1,21		4,08		
Mama SOG	μ	0,33	0,0	1,50	0,0	1,33	3,33		ns
	DP	0,82		1,98		3,27	3,67		
Na incubadora	μ	36,0	36,0	36,0	22,0	22,0	16,0	D =9,60	0,01
	DP				17,66	17,66	16,39		
No colo	μ	0,0	0,0	0,0	8,0	14,0	20,0		
	DP				14,53	17,67	16,39		

¹d.l. = 1,10

Em resumo, os dados descritos nessa sessão indicam que as intervenções não mostraram diferenças significativas na evolução e comportamentos dos pré-termos. Apesar das mães atenderem adequadamente a intervenção proposta, realizando sistematicamente a estimulação tátil ou fala afetiva, os bebês não mostraram diferenças entre os grupos na emissão de comportamentos. Isso pode ser explicado pelo fato do

período de intervenção ter sido curto para haver uma evolução maturacional suficiente a ponto dos pré-termos apresentarem diferenças comportamentais. Conforme foi visto na introdução deste estudo, a tranqüilidade da transição de um estado comportamental para outro reflete a habilidade do bebê para modular e organizar o comportamento com o objetivo de interagir com o ambiente. No caso dos pré-termos a organização do estado comportamental é imatura e menos organizada. Ou seja, eles são menos capazes de orientar-se para o estímulo e permanecem mais tempo no estado não alerta e em transição sono-para-acordar do que bebês a termo (Davis & Thoman, 1987).

Alguns dos problemas médicos e de desenvolvimento resultantes do nascimento prematuro surgem da dificuldade do organismo imaturo em se adaptar ao ambiente fora do útero (Als, 1989; Gorski, Huntington & Lewkowicz, 1990).

O bebê pré-termo apresenta uma imagem de um bebê menos gratificante, com quem a comunicação é mais difícil de ser estabelecida, que responde menos às mensagens que recebe, e que exige mais esforços por parte dos pais. Por sua vez, os pais precisam mais freqüentemente apaziguá-lo e/ou estimulá-lo para acordá-lo e devem superar os temores fantasiosos ligados às conseqüências da prematuridade quanto ao futuro da criança (Lebovici, 1987).

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

A discussão dos resultados será apresentada em três partes. Inicialmente, serão discutidos os resultados referentes às impressões e sentimentos maternos frente a situação da prematuridade do seu bebê. Na segunda parte, serão discutidos os achados envolvendo o papel das intervenções realizadas (estimulação tátil e fala afetiva) na interação mãe-bebê. Por fim, na terceira parte, serão discutidos os resultados referentes à evolução fisiológica de pré-termos submetidos às intervenções.

Considerações das mães sobre a prematuridade de seu bebê

Um dos objetivos do presente estudo era examinar as impressões e sentimentos maternos frente à situação de prematuridade do seu bebê. Nesta sessão, serão discutidos estas impressões e sentimentos expressos na fala das mães relacionando-os com a literatura existente.

Segundo Cramer (1993), os problemas mais comuns manifestos pelas mães de bebês pré-termo estão relacionados a sua auto-estima, a sentimentos de culpa e a dificuldades frente à separação da mãe com seu bebê. No presente estudo, estes sentimentos também foram muito comuns na fala das mães entrevistadas. A reação mais freqüente era um sentimento de fracasso. Um comentário típico destas mães era: “Eu não sou capaz nem mesmo de levar até o fim, como as outras mães”. As mães explicavam o nascimento prematuro de seu bebê com base em um defeito pessoal, o qual elas freqüentemente acreditavam ser físico.

Na verdade, o nascimento de um bebê pré-termo é um evento muito estressante. Fisicamente e psicologicamente, o processo de gestação de nove meses é interrompido abruptamente e os pais sentem-se tipicamente despreparados com o nascimento antecipado. Soma-se a isto os efeitos da separação dentro do próprio hospital, com a mãe sendo cuidada em uma unidade e o bebê em outra. Acrescenta-se ainda a separação devido ao fato da mãe ir para casa e o bebê ter de permanecer no hospital, o que exacerba sentimentos ainda maiores de perda. Entretanto, os fatores mais fortemente associados à perturbação no apego pais-bebê são os medos a respeito da sobrevivência

do bebê, e a impossibilidade de cuidados normais (Niven et al., 1993).

Apoiando os achados de Cramer, no presente estudo pode-se constatar que a separação do bebê e sua mãe parecia aumentar o sentimento de fracasso da mãe. Para elas, tal experiência era vista como uma prova de sua inadequação como mães. Tendo dado à luz prematuramente, a mãe sentia-se incapaz de cuidar de seu próprio filho. Quase todas as mães do presente estudo expressaram sentimentos de culpa na sua fala. Algumas manifestaram fantasias acusando a si mesmas de terem sido más mães, de terem exposto seus filhos a grande tensão, forçando-os para fora do útero protetor.

O nascimento de um bebê pré-termo é frequentemente fonte de angústia: a mãe sai da clínica ou do hospital sem levar o bebê para casa, e ela não terá muitos motivos para festejar este nascimento. Frustrada, a mãe é exposta a se sentir ferida em seu narcisismo por não ter podido levar a termo sua gestação. O nascimento pré-termo da criança pode representar a confirmação de suas fantasias de castração - ela deu à luz a um bebê “não concluído”, “incompleto” (Lebovici, 1987).

Quatro das mães deste estudo lamentaram não ter sido possível ver o bebê, ou o viram muito rapidamente na hora do parto. Disseram o quanto gostariam de ter podido vê-lo melhor, provavelmente um desejo de se certificarem que ele estava bem. Restou escutar o choro do bebê, que acabava sendo usado por estas mães como um sinal de que ele estava bem, que estava respirando. Isto aponta para a importância da equipe técnica ser muito sensível a esta situação e saber que pequenas ações, como por exemplo, mostrar o bebê para a própria mãe contribui para reduzir o estresse momentâneo das mães.

Um conteúdo presente na fala de quase todas as mães foi sobre o medo de tocarem em seu bebê, pois sentiam receio de machucá-lo. Na medida em que as mães e os pais sentem-se responsáveis pela prematuridade do bebê, isto confirma seus temores fantasiosos de não serem capazes de serem pais, aumentando também seus sentimentos de culpa. De acordo com Lebovici (1987), o parto prematuro pode ativar na mãe as fantasias de que seu interior é perigoso e hostil para o bebê que aí se encontra. Nos casos em que o funcionamento mental materno é mais projetivo, o próprio bebê pode ser considerado, segundo Lebovici, como aquele para a qual a infelicidade chega, quando seria a felicidade que deveria ser esperada.

Diversos estudos têm apontado que as mães de bebês pré-termos têm que se adaptar a um bebê que não preenche suas expectativas de “bebê ideal”, e cujo nascimento precipita uma situação de crise (Chatwin & Macarthur, 1993). Segundo

Miles (1989), a dimensão classificada como a mais estressante entre estas mães é a aparência e o comportamento do pré-termo. Os dados do presente estudo também mostraram que a maioria das mães sentiu-se assustada com as características do bebê, achando-o muito pequeno, feio, frágil e dependente. Estas condições físicas comuns em um pré-termo acaba exigindo das mães um esforço ainda maior para adaptarem-se ao seu bebê real.

Esta situação é ainda piorada pelo medo relatado pelas mães de que o bebê não sobrevivesse e que ele fosse imperfeito. Assim, além de sentirem-se impotentes por não terem participado mais ativamente no parto (quase todas cesáreas), surge, ainda, a impossibilidade de lidar naturalmente com o bebê e a necessidade de que eles tenham cuidados especiais. Este quadro geral tem como consequência os fortes sentimentos de impotência por parte da mãe e do pai que sentem-se incapazes de ajudar.

Neste contexto, tanto os pais como os bebês pré-termo são comumente parceiros sociais menos habilidosos do que nas situações em que o bebê nasce a termo, não só porque o desenvolvimento das capacidades interativas do bebê estão pouco desenvolvidas, mas também porque eles tem somente oportunidades limitadas para se conhecerem (Beek & Samson, 1994; Goldberg, 1988).

De modo geral, uma díade interativa na qual um membro tem competência limitada pode funcionar efetivamente se o parceiro for capaz de compensar as habilidades inadequadas e inexistentes (Goldberg, 1988). Contudo, como aponta Goldberg, no caso do bebê pré-termo, devido ao seu repertório limitado e pouco flexível, a responsabilidade por tais ajustamentos compensatórios recai necessariamente sobre os pais. Estes, por sua vez, sentem-se culpados, têm pouca auto-confiança e apresentam sentimentos de incompetência (Affleck et al., 1990).

Esta situação difícil em que se encontram os pais é complicada pelo fato de que o bebê pré-termo está sujeito a diferentes perturbações médicas e notadamente a problemas respiratórios (apnéias). O fato de que o pré-termo seja por vezes doente se acrescenta à preocupação dos pais confrontados desde o nascimento do pré-termo com a angústia da morte de seu bebê (Affleck et al., 1990). A respiração mecânica, a infusão intravenosa e o equipamento de monitoramento são fontes de muita ansiedade, preocupação e medo por parte dos pais. De fato, a variabilidade no estado físico do pré-termo, associada à possibilidade de complicações clínicas ou mesmo à morte, são fatores adicionais que podem aumentar a ansiedade parental (Hughes & McCollum, 1994). No presente estudo, pode-se verificar que o sentimento mais comum entre as

mães era o medo da morte do bebê, bem como o medo de que o bebê não se desenvolvesse bem. Além disso, várias mães disseram-se impressionadas e chocadas com a UTIN, principalmente ao ver tantos bebês ligados às máquinas (com alarmes), ao soro e às sondas etc.

Apesar das mães de pré-termos tenderem a apresentar sentimentos de desapego, culpa, perda e de que o bebê não é realmente delas, estes sentimentos tendem a passar com o tempo (Niven et al., 1993). Neste estudo, a maioria das mães que mostraram-se assustadas nos primeiros contatos com o pré-termo e a UTIN, disse que acabaram acostumando-se com o ambiente neonatal com o passar dos dias. Porém, algumas mães relataram que as dificuldades iniciais permaneceram e que, mesmo com o passar dos dias, continuava sendo difícil para elas irem diariamente ao hospital, pois sentiam-se inseguras.

Diversos estudos mostraram que os pais tendem a lidar com a situação de prematuridade de seus bebês procurando suporte social, conversando e discutindo sobre a situação com outros membros de suas relações (Hughes & McCollum, 1994; Affleck et al., 1990; Crnic et al., 1984). No presente estudo, isto também foi constatado. Além do apoio do companheiro, várias mães referiram ser importante para elas, naquele momento difícil, receberem o apoio de outros familiares. Principalmente as mães que não estavam recebendo o apoio que julgavam necessário do companheiro, sentiam-se confortadas pelos demais familiares. Algumas mães verbalizaram, ainda, suas dificuldades com o fato de permanecerem muito tempo no hospital, e assim ficarem longe dos outros filhos e familiares. Neste sentido, vale apontar para a importância de ser disponibilizado a todos os pais de pré-termos, um sistemático atendimento de apoio tanto psicológico, como social. Todos os pais sofrem com a situação de prematuridade e um atendimento de apoio se constitui em algo preventivo que acelera o vínculo pais-bebê, contribuindo para o desenvolvimento físico e emocional do bebê. A situação de prematuridade não só desencadeia uma série de processos psíquicos como já mencionados acima (culpa, medos), mas também acarreta sérias mudanças na rotina familiar com as idas diárias ao hospital. O fato de o marido trabalhar e não poder compartilhar desta nova rotina, somada à ausência de famílias extensivas, sobrecarrega a própria mãe, que precisa lidar tanto com suas ansiedades, como com esta nova rotina que envolve o bebê pré-termo. Assim, é muito importante que a mãe receba o apoio sistemático dentro do hospital para que não se sinta mais desamparada do que já está, por ter de enfrentar quase sozinha uma situação diária muito instável e estressante.

Resta à equipe técnica se articular para ter condições de dar este apoio sistemático às mães, o que trará conseqüências positivas para o bebê, reduzindo provavelmente a duração da internação. Ajudando as mães a terem mais auto-confiança e tranqüilidade sobre a sua competência para lidar com o bebê pré-termo, elas contribuiriam mais rapidamente para o desenvolvimento do bebê.

A maioria das mães disse que sentiam-se seguras com a equipe médica que estava atendendo seus bebês, achando-os competentes e atenciosos. Porém, algumas mães relataram que sentiam-se inseguras, por acharem alguns médicos muito novos e pela rotatividade dos médicos nas equipes. Estas preocupações específicas relatadas por algumas das mães do presente estudo somam-se às demais preocupações e aumentam a sua ansiedade. Estas preocupações das mães não foram encontradas em artigos internacionais, visto que, provavelmente, o atendimento de pré-termos por residentes não é uma prática comum em hospitais de países desenvolvidos.

Resumindo, cabe ressaltar novamente que as mães e os pais dos pré-termos apresentam-se desamparados frente à vivência da prematuridade e precisam de muito apoio, tanto emocional como social. Neste quadro, destaca-se em particular a necessidade de um atendimento sistemático às mães, especialmente nos primeiros dias após o nascimento do bebê, mas também durante toda a sua estadia no hospital e, inclusive, nos primeiros dias em casa, quando ela estaria sozinha cuidando do bebê. Embora se concorde que a prioridade da equipe técnica é com o bebê, o apoio dispensado à mãe permitirá que ela possa estar tranqüila ao interagir com seu bebê, e conseqüentemente possa auxiliar nos cuidados do bebê, o que fortalecerá a relação mãe-bebê e o conseqüente desenvolvimento do bebê, ajudando a si e ao bebê.

Considerações sobre o papel das intervenções para a interação mãe-bebê

Um dos objetivos do presente estudo era avaliar os efeitos das duas intervenções (estimulação tátil ou fala afetiva) para a qualidade da interação mãe-bebê. Aqui discute-se os dados da avaliação qualitativa que foi realizada.

Revisando a literatura, não foram encontradas pesquisas que tenham comparado duas intervenções precoces realizada com bebês pré-termo visando a melhoria da qualidade da interação mãe-bebê. Nos estudos de Eckerman e cols. (1994) e Eckerman e cols. (1995) foram utilizados dois tipos de intervenção (estimulação tátil e fala afetiva) por vezes sozinhas, outras vezes simultaneamente. Todas foram realizadas pelo próprio investigador, tendo como objetivo avaliar os efeitos imediatos das intervenções nos pré-termos. Em ambos os estudos, eles constataram que quando as intervenções eram realizadas ao mesmo tempo, causavam estresse nos bebês, o que foi interpretado como estimulação excessiva. Diferente dos objetivos do presente estudo, nos estudos de Eckerman e cols., os autores não estavam preocupados com a melhoria da interação mãe-bebê pré-termo. Apesar de seus objetivos específicos, foi com base nos estudos de Eckerman e cols. que se evitou, no presente estudo, o uso de mais de um tipo de intervenção ao mesmo tempo para evitar estimulação excessiva.

De acordo com Eckerman e cols. (1995), bebês nascidos muito prematuramente a princípio respondem com sinais de angústia (ou com um 'fechamento' ou retirada de resposta) ao que se poderia chamar de excesso de estimulação quando, por exemplo, estimulação visual, auditiva e tátil são aplicadas juntas durante encontros face a face. Somente por volta de 33-34 semanas de idade pós-concepção, os bebês começam a responder mais discriminadamente a diferentes formas de estimulação social. Neste momento, constata-se um aumento de atenção a algumas formas de estimulação social (ex: fala). Isto ocorre porque o pré-termo muito imaturo inicialmente controla basicamente a regulação fisiológica e motora e somente mais tarde começa a se dirigir para o ambiente social externo. Antes deste momento, o recém-nascido pré-termo tende a responder à estimulação adicional com angústia ou retirada.

Da mesma forma, no presente estudo, pode-se constatar que os pré-termos responderam à intervenção fala afetiva com um aumento da atenção visual. Porém, quando o bebê recebeu muitos estímulos ao mesmo tempo (ex: Neuza-Amanda, intervenção estimulação tátil e Rosa-Virgínia, intervenção fala afetiva) respondeu conforme os resultados de Eckerman e cols. (1995), com comportamentos interpretáveis

como um aumento de angústia (olhos fechados com mais frequência e por mais tempo, além de sinais faciais de afeto negativo).

Os dados de observação mostraram que ambos os tipos de intervenção (estimulação tátil e fala afetiva) contribuíram positivamente para a melhoria da qualidade de interação mãe-bebê pré-termo. Porém, cabe destacar algumas diferenças. Um dos efeitos imediatos da estimulação tátil foi um aumento na atividade do bebê pré-termo, o que foi também relatado por Róiste e Bushnell (1996). Contudo, para alguns bebês a estimulação tátil parecia estar fortemente associada a sua desorganização (cf. Anderson, 1986), pois eles mostravam-se agitados. A interrupção da estimulação levava por conseguinte a um aparente bem estar do bebê. Alguns bebês levaram vários dias para se “acostumar” e aceitar o toque. Além disto, algumas mães também apresentaram dificuldades iniciais para realizar a intervenção. Essa aparente resistência pode ser devido às características da estimulação proposta às mães no presente estudo, que se caracterizou por ser não sistemática, não implicando em um treinamento especial para as mães. A instrução básica era que elas tocassem todo o corpo do bebê. Diferente desta orientação, outras propostas podem ser encontradas na literatura como, por exemplo, a terapia TAC-TIC (Macedo, 1984), onde os pais recebem extensa orientação sobre o modo específico com que eles devem tocar o seu bebê.

Outra crítica que pode ser feita a intervenções baseadas em estimulação tátil é que ela pode ser realizada de forma mecânica pelos pais, sem a necessidade de ficarem face a face com o bebê. Por exemplo, algumas mães no presente estudo ficaram tocando o bebê durante a intervenção mesmo quando ele se encontrava de costas para ela. Com isso, dependendo do estado psicológico da mãe e/ou do bebê, esta intervenção contribui pouco para a interação na medida em que pode favorecer interações assíncronas. Apesar disto, a estimulação tátil pode ter um efeito positivo para o bebê se a mãe for sensível e estiver atenta ao seu bebê, observando qual o toque que mais o satisfaz e o que lhe desagrada.

Os dados sobre a intervenção fala afetiva mostram que a intervenção pareceu facilitar a troca visual, pois implica no posicionamento face a face com o bebê. Todas as mães que participaram desta intervenção posicionaram-se desta forma, e assim puderam observar melhor as reações, principalmente as faciais (ex. olhos abertos, expressão de “sorriso”), de seus bebês. Assim, durante a interação face a face as mães estimularam bastante seus bebês, e ao perceberem as respostas deles, sentiram-se mais motivadas a continuarem falando com o bebê. Assim como encontrado nos estudos de Eckerman e

cols. (1995), os bebês tenderam a aumentar a direção de sua atenção para a origem do estímulo sonoro, ou seja, para as mães. Essa orientação eletiva para a voz materna ilustra o funcionamento do sistema de regulação da vigilância, assim como o sistema interacional do pré-termo (Als et al, 1980). Os dados mostram ainda que os bebês pré-termo que foram submetidos à estimulação fala afetiva responderam tranquilamente, não sendo necessário um período de adaptação à intervenção. Contudo, a intervenção fala afetiva pode apresentar problemas e levar um tempo para ser efetiva, caso a mãe não seja prolixa e criativa ou mesmo não goste muito de falar.

Outro fator que se deve levar em conta para a realização da intervenção fala afetiva e estimulação tátil é o momento em que é mais adequado a sua utilização. É importante seguir o ritmo do próprio pré-termo, aproveitando os momentos em que ele não se encontra em sono profundo, para que possa aproveitar melhor as intervenções. Na verdade, qualquer uma das intervenções acaba sendo inadequada se não se ficar atento ao ciclos de sono do próprio bebê. Por exemplo, como já foi apontado anteriormente, os períodos durante a alimentação são favoráveis para a intervenção fala afetiva, pois a mãe pode aproveitar o momento da alimentação para realizar maiores trocas face a face com seu bebê, utilizando-se da intervenção para chamar a atenção do pré-termo e interagir intimamente com ele. O mesmo não ocorre após a alimentação, quando o bebê tende a dormir profundamente. Já no caso da intervenção estimulação tátil, pode-se aproveitar os momentos antes da alimentação e durante as trocas de fralda e o banho, quando o bebê tende a estar mais desperto, tendo a possibilidade de reagir ao toque, movimentando-se e interagindo mais com o meio, e principalmente com a mãe.

As evidências relatadas na literatura mostram que o comportamento alerta inativo durante a alimentação é ótimo para pré-termos porque aumenta as interações mãe-bebê (White-Traut & Nelson, 1988). Porém, Beek e Samson (1994) sugeriram que a comunicação na situação de alimentação fornece menos informações sobre as habilidades comunicativas mãe-bebê do que a situação face a face. Contribui para isto o fato de que o sorriso do bebê é mais comum de ocorrer na situação face a face (Malatesta et al., 1986).

Do mesmo modo que ocorre durante a alimentação, durante a interação face a face as mães dos pré-termos estimulam-os mais do que as mães de bebês a termo. Isto parece ser uma tentativa das mães dos pré-termos de eliciar respostas em seus bebês geralmente menos ativos (Crnic et al., 1983; Beek & Geerdink, 1989). Porém, caso os bebês viam o rosto devido às limitações de processamento de estímulos, o aumento da atividade materna pode ser contra-produtiva já que contribui para comportamentos de aversão do

bebê (Beek & Geerdink, 1989).

Todas as mães que participaram do presente estudo referiram sentirem-se satisfeitas ao realizarem a intervenção, porque percebiam que ela ajudava a sentirem-se mais próximas do bebê; ajudava a perder o medo de tocá-lo e pegá-lo; e a se sentirem menos culpadas pela prematuridade do bebê.

Examinando qualitativamente as observações realizadas durante as intervenções, pode-se ver que a interação das díades foi paulatinamente melhorando ao longo dos dias. Obviamente isto não se deve exclusivamente às intervenções, mas à própria maturação do bebê e às mães, que apesar da situação, conseguiram lidar com ela de forma muito adaptativa e adequada. Como salientou Lebovici (1987), apesar de todos os problemas associados à prematuridade, não se pode concluir que todas as díades mãe-pré-termo venham a apresentar dificuldades acentuadas de interação. Ao contrário, muitas chegam a estabelecer uma interação harmoniosa, pois o bebê, como a mãe, possuem mecanismos capazes de lutar contra as dificuldades iniciais.

Nesta mesma direção, o estudo de Niven e cols. (1993) não mostrou evidências de que a separação e a falta de contato físico após o nascimento do pré-termo levasse à uma perturbação permanente no apego mãe-bebê. Ao contrário, os autores sugeriram que o apego materno que tende a ser perturbado ou adiado por numerosas dificuldades associadas com o nascimento prematuro pode eventualmente ser estabelecido satisfatoriamente. Szajnberg e cols. (1987) enfatizaram que mesmo antes de um extenso contato, a mãe de um pré-termo está preparada para ser sensível, e não precisa necessariamente aprender isto a partir do feedback do bebê.

De qualquer modo, a situação de prematuridade traz desvantagens pelo menos temporárias para a interação mãe-bebê e poucas são as mães que conseguem lidar com esta situação de modo adequado. Quanto aos bebês, eles acabam sendo, por vezes, até mesmo super-estimulados pelos cuidados nas UTIN tradicionais (Lawson, Daum & Turkewitz, 1977; Als, 1982; Gottfried, 1985), só que poucas vezes na direção adequada, em função das suas condições de saúde. Por exemplo, Anderson (1986) mostrou que estimulações dolorosas produzidas por testes de sangue, tubos intravenosos e outros procedimentos levavam a respostas de retirada e angústia, tais como olhos fechados com força e caretas (expressões faciais de insatisfação). No presente estudo pode-se constatar que o ambiente neonatal tende a ser muito intrusivo tanto para os bebês, como para as mães. Eram tantos os estímulos do ambiente que as mães freqüentemente acabavam dispersas, mesmo durante a intervenção com seu bebê, dirigindo sua atenção

para o ambiente devido à grande agitação da UTIN.

Por fim, cabe destacar outro dado derivado das sessões de intervenções realizadas e das conversas com as mães. Como já foi enfatizado por Cramer (1993), o diálogo com as mães de pré-termos proporciona uma oportunidade para elas verbalizarem e neutralizarem seus sentimentos de culpa. De acordo com Cramer, quando se oferece à mãe uma explicação franca e direta sobre a situação da prematuridade, e se possibilita que ela relocalize seus sentimentos de culpa, ela é capaz de neutralizá-los. Isto apareceu no presente estudo, quando todas as mães demonstraram a importância dada às “conversas” com a autora para enfrentarem aquela situação. Além de agradecidas, elas enfatizaram o quanto, através da intervenção e das conversas, sentiram-se amparadas em um momento tão estressante de suas vidas.

Além da avaliação qualitativa da interação mãe-bebê que apontam para os efeitos positivos das intervenções, foi também realizada no presente estudo um exame detalhado do comportamento materno e do bebê filmados durante as intervenções. Análise de variância mostrou que em relação ao comportamento das mães, conforme era esperado, as do grupo estimulação tátil apresentaram uma incidência significativamente maior nas categorias de comportamentos envolvendo toque. Por outro lado, comparado ao grupo estimulação tátil, as mães do grupo fala afetiva apresentaram uma incidência maior nas categorias *fala para o bebê e posiciona face a face*. Estes resultados indicam que as mães responderam adequadamente a orientação recebida como parte de cada intervenção que foram solicitadas a realizar.

Diferenças também eram esperadas nos comportamentos do bebê como função do tipo de intervenção a que foram submetidos. Diversos comportamentos foram observados, como por exemplo: abrir os olhos, bocejar/abrir a boca, movimentar perna (s), movimentos involuntários etc.

Segundo Róiste e cols. (1995), movimentos de braços e pernas foram encontrados como as reações mais comum para as massagens do TAC-TIC. Isto também está de acordo com os achados de Scafidi e cols (1990) que encontrou que movimentos de membros múltiplos são mais comuns durante a estimulação tátil, quando comparada com a cinestésica. Assim, a intervenção estimulação tátil pode ter um efeito positivo nas reações motoras dos bebês, levando-os a se movimentarem mais, gratificando as mães ao vê-los mais ativos.

Já a intervenção fala afetiva tem um efeito maior na troca face a face, auxiliando assim, uma melhor interação. As trocas face a face tem sido reconhecidas, por diversos

autores, como influenciando o desenvolvimento do bebê. Isto se reflete, por exemplo, na capacidade do bebê reconhecer seus pais (Field, 1981; Gianino & Tronick, 1988); no desenvolvimento de habilidades para comunicação não-verbal (Fernald, 1984; Schaffer, 1984; citado por Eckerman et al., 1995).

Com isso, a intervenção fala afetiva parece apresentar uma tendência a contribuir mais para a interação mãe-bebê pré-termo do que a intervenção estimulação tátil. Pode-se inferir que isto se deve ao fato do bebê reconhecer a voz materna e com isso responder melhor ao estímulo auditivo que recebe durante a intervenção. Há estudos mostrando que fetos desde a 26^a semana de gestação respondem a estímulos da fala humana, principalmente à voz materna (ex. Zimmer, Fifer, Kim, Rey, Chao & Myers, 1993).

Embora no presente estudo esperava-se um aumento na atividade motora dos bebês do grupo estimulação tátil, os dados não corroboraram àqueles relatados na literatura. Não foram encontradas diferenças significativas em nenhum dos comportamentos do bebê entre os dois grupos submetidos à intervenção. Apenas algumas tendências não-significativas apareceram. Por exemplo, houve uma tendência a ocorrerem mais movimentos de pernas e tronco e comportamentos caracterizados como agitação nos bebês submetidos à estimulação tátil do que na intervenção fala afetiva.

Resumindo, enquanto os dados da avaliação qualitativa apontam para os efeitos positivos das intervenções para a interação mãe-bebê, isto não é corroborado na avaliação quantitativa dos comportamentos maternos e do bebê. Embora ocorreram alguns achados na mesma direção, eles não foram significativos.

Uma possível explicação para a ausência de diferenças significativas é o fato de que a amostra foi bastante pequena, o que exige diferenças de média muito grandes para que surjam diferenças significativas. Além disto, outra possível explicação para a ausência de diferenças significativas nos comportamentos dos bebês pré-termos é que a sua imaturidade não permitiu que respondessem de modo mais organizado e específico a cada uma das duas intervenções. Só com o passar das semanas é que se poderiam esperar que o bebê submetido à intervenção tátil passe a se movimentar mais do que os da fala afetiva, que por sua vez, passariam a dirigir seu olhar e expressões faciais para o interlocutor. Embora esta tendência geral apareça nos dados, ela ainda é pouco expressiva em função da imaturidade do bebê. Por fim, é possível que diferenças ocorressem nos comportamentos do bebê caso as intervenções fossem mais freqüentes num mesmo dia e durassem mais do que 15 dias em que ocorreram no presente estudo.

Considerações sobre a evolução fisiológica dos pré-termos

Um dos objetivos deste estudo era investigar os efeitos das intervenções (estimulação tátil ou fala afetiva) sobre a evolução fisiológica dos pré-termos. A partir da literatura revisada, esperava-se uma melhor evolução fisiológica dos pré-termos submetidos à intervenção estimulação tátil. Independente do tipo de toque, a literatura mostra que estimular o pré-termo lhe traz benefícios como por exemplo: aumento de peso (Macedo, 1980; Field et al, 1986); desenvolvimento mental e motor (Scafidi et al., 1990); diminuição da necessidade de ventilação mecânica (Field, 1990); aumento no comportamento de alerta e ativo (Scafidi et al., 1986; Róiste & Bushnell, 1993); organização do comportamento (Degen-Horowitz, 1990; Field et al., 1986); e melhoras significativas na responsividade (Róiste & Bushnell, 1993).

Buscando examinar esta questão, no presente estudo foram coletadas informações sistemáticas sobre diversos indicadores de evolução fisiológica dos bebês pré-termos submetidos às duas intervenções, comparando-os ao de um grupo controle que não teve intervenção. Foram examinados sete indicadores de evolução fisiológica do bebê, como por exemplo: peso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura. Os resultados não corroboram com os descritos na literatura. Análise de variância não mostrou diferenças significativas para nenhum dos indicadores de evolução fisiológica entre os grupos submetidos às intervenções e o grupo controle. Contudo, algumas tendências foram reveladas. Por exemplo, os bebês submetidos à intervenção fala afetiva tenderam a ganhar em média mais peso do que o grupo de intervenção tátil ou grupo controle. Além disso, os pré-termos do grupo fala afetiva permaneceram em média menos dias no hospital após a intervenção do que os bebês do grupo estimulação tátil.

A ausência de diferenças significativas nos indicadores de evolução fisiológica do bebê pode ser explicado, como já referido acima, como devido não só ao pequeno número de participantes no presente estudo, mas também à imaturidade dos bebês, e até mesmo necessidade de se fazer intervenções mais frequentes. De qualquer modo, novos estudos se fazem necessários para esclarecer o papel de cada um destes fatores como mediadores dos efeitos das intervenções propostas. Apesar de alguns estudos apontarem para os efeitos positivos, particularmente da intervenção tátil, para a evolução fisiológica do bebê, isto não foi corroborado pelo presente estudo e, só com novas pesquisas se poderá esclarecer esta questão, que continua em aberto.

Considerações finais

O efeito positivo às intervenções apontado na análise qualitativa dos dados do presente estudo não foi endossado pelas análises quantitativas sobre o comportamento e evolução fisiológica do bebê. Embora os resultados tenham mostrado algumas tendências na mesma direção, o reduzido número de casos do presente estudo pode explicar em parte os efeitos estatísticos reduzidos encontrados. Neste sentido, é muito importante que novos estudos sejam realizados aumentando o número de díades mãe-bebê pré-termo.

Apesar dos dados qualitativos indicarem um efeito positivo de ambas as intervenções na qualidade de interação mãe-bebê, é importante que se avalie a díade antes de definir o tipo de intervenção mais adequado. Deve-se levar em conta as eventuais dificuldades da própria mãe, como também a idade e sensibilidade do pré-termo, que podem dificultar em particular a intervenção estimulação tátil. Como enfatizou Adamsom-Macedo e Attree (1994) é muito importante definir cuidadosamente o estímulo a ser usado com o pré-termo, visando desenvolver um método sistemático de estimulação destes bebês em suas incubadoras.

Quando se programa uma intervenção na unidade de tratamento intensivo, a quantidade e tipo de estimulação deveria ser graduada para as necessidades de cada bebê (Blanchard, 1990). Segundo o autor, a avaliação da tolerância fisiológica, o tonus muscular, padrões de movimentos, temperamento e nível de responsividade do pré-termo são fatores que contribuem para definir as características da intervenção e devem ser constantemente monitorados durante todo o processo de intervenção. A estimulação mais bem sucedida, segundo Beek e Geerdink (1989), para os bebês pré-termos, parece ser aquela que promove padrões e contingências, ou seja, constitui-se em uma reação apropriadamente calculada para o comportamento da criança. Lewis e Goldberg (1969; citado por Beek & Samson, 1994) sugeriram que experiências de contingência iniciais durante a interação social capacitam o bebê a formar expectativas em direção à motivação para a exploração, aprendizagem e prática de novas habilidades.

Instrumentos diagnósticos deveriam ser desenvolvidos para melhorar a avaliação dos bebês e pais que realmente necessitam de intervenção (Beek & Geerdink, 1989). Isto é importante, uma vez que a intervenção pode ser contraprodutiva nos casos com muitas instruções, pois podem perturbar os cuidados intuitivos dos cuidadores. Além disso,

resultados desviantes do desenvolvimento não são encontrados em todos os pré-termos. É possível que pais sejam capazes de promover compensação para as possíveis dificuldades que o pré-termo experiencia, sem nenhuma intervenção de pesquisadores. De fato, como enfatizam Beek e Geerdink, muito pode-se aprender com estes pais.

O conhecimento dos fatores de risco e a análise dos mecanismos pelos quais produz seus efeitos abrem numerosas possibilidades de ação preventiva. Entre estes, figura o acolhimento dos pais nos serviços de neonatologia, graças ao que eles podem estabelecer uma relação afetiva com o bebê. Uma escuta dos pais permite compreender a natureza de seus temores e desdramatizar (Cramer, 1993) certas situações. Diversas dificuldades tocantes à angústia e à culpabilidade dos pais, assim como sua angústia face às reações do bebê, podem encontrar uma solução numa ajuda psicológica e uma orientação quanto às particularidades do desenvolvimento de algumas dessas crianças. Estes esforços terapêuticos são tanto mais justificados quanto diversos estudos têm mostrado que o melhor fator prognóstico, em casos de prematuridade, era a qualidade da interação mãe-bebê.

REFERÊNCIAS

Adamson-Macedo, E.N., & Attree, J.L.A. (1994). Tac-Tic Therapy: The importance of systematic stroking. *British Journal of Midwifery*, 2, 264-269.

Affleck, G., Tennen, H., Rowe, J., & Higgins, P. (1990). Mother's remembrances of newborn intensive care: a productive study. *Journal of Pediatric Psychology*, 15 (1), 67-81.

Alfasi, G., Schwartx, F.A., Brake, S.C., Fifer, W.P., Fleischman, A.R., & Hofer, M.A. (1985). Mother-infant feeding interactions in preterm and full-term infants. *Infant Behavior and Development*, 8, 167-180.

Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: Premise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3, 229-243.

Als, H. (1983). Infant individuality: Assessing patterns of very early development. In J.D. Call, E. Galenson, & R.L. Tyson (Eds.), *Frontiers of infant psychiatry*. New York: Basic Books.

Als, H. (1986). A synactive model of neonatal behavioral organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Phys. Occup. Therapy Pediatr.*, 6, 3-53.

Als, H. (1989). Caring for the preterm infant. In: M. Bottos, T.M. Brazelton, A. Ferrari, B Dalla Barba, F. Zachello, (eds). *Neurological Lesions in Infancy: Early Diagnosis and Intervention*. Padova, Italy: Liviana Editrice.

Als, H., Duffy, F.H., & McAnulty, G.B. (1988). Behavioral differences between preterm and fullterm newborns as measured with the APIB system scores. *Infant Behavior and Development*, 11, 319-331.

Als, H., Tronick, E., Lester, B.M., & Brazelton, T.B. (1979). Specific neonatal measures: The Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale. In: J. Osofsky (Ed.), *Handbook of Infant Development*, 185-215. New York: John Wiley.

Anderson, J. (1986) Sensory intervention with the preterm infant in the neonatal intensive care unit. *The American Journal of Occupational Therapy*, 1, 19-26.

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Bakeman, R., & Brown, J.V. (1980). Analyzing behavioral sequences: Differences between preterm and full-term infant-mother dyads during the first months of life. In D.B. Sawin, R.C. Hawkins, L.O. Walker, & J.H. Penticuff (Eds.), *Exceptional infant: Vol. 4. Psychosocial risks in infant-environment transactions*. New York: Brunner/Mazel.

Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (1994). *Research Methods in Clinical and Counseling Psychology*. Bangor: Wiley.

Barnard, K.E. (1973). The effect of stimulation on the sleep behavior of the premature infant. *Communicating Nursing Research*, 17, 421- 432.

Barnard, K.E. (1981). Premature Infant Refocus Project. Discussed by S. Blackburn at Conference no "Caring for Special Babies", University of North Carolina, Chapel Hill, May, 11.

Barnard, K., & Bee, M. (1983). The impact of temporally patterned stimulation on the development of preterm infants. *Child Development*, 54, 1156-1167.

Barratt, M.S., Roach, M.A., Leavitt, L.A. (1992). Early channels of mother-infant communication: Preterm and term infants. *Journal Child Psychiatry*, 33, 1193-1204.

Barrera, M.E., Cunningham, C.E., & Rosenbaum, P.L. (1986). Low birth weight and home intervention strategies: Preterm infants. *Journal Dev Behav Pediatr*, 7, 361-366.

Beaver, P.K. (1987). Premature infants' responses to touch and pain: Can nurses make a difference? *Neonatal Network*, 6, 13-17.

Beek, Y., & Geerdink, J. (1989). Intervention with preterms: Is it educational enough? *European Journal of Psychology of Education*, 2, 251-265.

Beek, Y., & Samson, J.F. (1994). Communication in preterm infants: why is it different? *Early Development and Parenting*, 3, 37-50.

Bender, H. (1990). Neonatal intensive care. In: H. Davis and L. Fallowfield (Eds) *Counseling and Communication in Health Care*, 209-237. Wiley, Chichester.

Blanchard, Y. (1990). Intervention in the neonatal intensive care unit. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 10, 73-85.

Blanchard, Y. (1991). Early intervention and situation of the hospitalized preterm infant. *Infant Young Children*, 4, 72-84.

Blanchard, Y., Pedneault, M., & Doray, B. (1991). Effects of tactile stimulation on physical growth and hypoxemia in preterm infants. *Physical Occupational Therapy Pediatrics*, 11, 37-52.

Bowlby, J. (1969). *Apego e Separação Vol 1. Apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Brazelton, T.B. (1973). *The neonatal Behavioral Assessment Scale*. Philadelphia: Lippincott.

Carter, R.E., & Campbell, S.K. (1975). Early neuromuscular development of the premature infant. *Phys. Ther.*, 55, 1332-1341.

Caputo, D.V., & Mendell, W. (1970). Consequences of low birthweight. *Developmental Psychology*, 3, 363-383.

Caputo, D.V., Goldstein, K.M., & Taub, H.B. (1979). The development of

prematurely born children through middle childhood. In: T.M. Field, A.M. Sostek and H.H. Shuman (Eds.) *Infants Born at Risk: Behaviour and Development*. SP Medical and Scientific Books, New York.

Chatwin, S.L., & Macarthur, B.A. (1993). Maternal perceptions of the preterm infant. *Early Child Development, 87*, 69-82.

Clark, D.L., Cordero, L., Goss, K.C., & Manos, D. (1989). Effects of rocking on neuromuscular development in the premature. *Biology of the Neonate, 56*, 306-314.

Coates, D.L., & Lewis, M. (1987). Early mother-infant interaction and infant cognitive status as predictors of school performance and cognitive behavior in six-year-olds. *Child Development, 55*, 1219-1230.

Cohen, S.E. (1986). The Low birthweight infant and learning disabilities. In M. Lewis (Ed.) *Learning Disabilities and Prenatal Risk*. Urbana, IL: University of Illinois Press.

Cohen, S.E., & Parmelee, A.H. (1988). Antecedents of school problems in children born preterm. *Journal of Pediatric Psychology, 13*, 493-508.

Creasey, G.L., Jarvis, P.A., Myers, B.J., Markowitz, P.I., & Kerkering, K.W. (1993). Mental and motor development for three groups of premature infants. *Infant Behavior and Development, 16*, 365- 372.

Crnic, K.A., Ragozin, A.S., Greenberg, M.T., Robinson, N.M., & Basham, R.B. (1983). Social interactions and developmental competence of preterm and full-term infants during the first year of life. *Child Development, 54*, 1199-1210.

Crnic, K.A., Greenberg, M.T., Robinson, N.M., & Ragozin, A.S. (1984). Maternal stress and social support: Effects on the mother-infant relationship from birth to eighteen months. *American Journal of Orthopsychiatry, 54*, 224-235.

Davis, D.H., & Thoman, E.B. (1987). Behavioral states of premature infants: Implications for neural and behavioral development. *Developmental Psychobiology, 20*, 25-38.

Degen-Horowitz, F. (1990). Targeting stimulation efforts: theoretical challenges for research and intervention. *Clinics in Perinatology, 17*, 185-195.

Dubowitz, L.M.S., Dubowitz, V., Morante, A., & Verghote, M. (1980). Visual function in the preterm and fullterm newborn infant. *Developmental Medicine and Child Neurology, 22*, 465-475.

Duffy, F.H., Mower, G., Jensen, F., & Als, H. (1984). Neural plasticity. A new frontier for infant development. In: H.E. Fitzgerald, B.M. Lester, M.W. Yogman, (eds). *Theory and Research in Behavioral Pediatrics*. New York: Plenum Press.

Dunn, J. (1977). *Distress and Comfort*. Harvard University Press, Cambridge, M.A.

Dunn, H.G. (1986). Neurological, Psychological and Ophthalmological sequelae of

low birthweight. In H.G. Dunn (Ed.), *Sequelae of Low Birthweight: The Vancouver Study*. London: MacKeith Press.

Eckerman, C.O., Oehler, J.M., Medvin, M.B., & Hannan, T.E. (1994). Premature newborns as social partners before term age. *Infant Behavior and Development*, *17*, 55-70.

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 face exchanges. *Infant Behavior and Development*, *18*, 283-297.

Ferrari, F., Grosoli, M.V., Fontana, G., Cavazzuti, G.B. (1983). Neurobehavioural comparison of low-risk preterm and fullterm infants at term conceptual age. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *25*, 450-458.

Field, T. (1981). Infant arousal, attention and affect during early interactions. In L.P. Lipsitt (Ed.), *Advances in infancy research* (Vol. 1). Norwood, NJ: Ablex.

Field, T.M. (1982). Affective displays of high-risk infants during early interactions. In T. Field & A. Fogel (Eds), *Emotions and Early Interactions*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 101-125.

Field, T. (1990). Alleviating stress in newborn infants in the intensive care unit. *Clinics in Perinatology*, *17*, 1-9.

Field, T.M., Dempsey, J.R., & Shuman, H.H. (1981). Developmental follow-up of pre- and post-term infants. In: S.L. Friedman & M. Sigman (Eds.), *Preterm Birth and Psychological Development*, 299-312. London: Academic Press.

Field, T., Hallock, N., Ting, G., Dempsey, J., Dabiri, C., & Shuman, H.H. (1978). A first-year follow-up of high-risk infants: Formulating a cumulative risk index. *Child Development*, *49*, 119-131.

Field, T.M., Schanberg, S.M., Scafidi, F., Bauer, C.R., Vega-Lahr, N., Garcia, R., Nystrom, J., And Kuhn, C.M. (1986) Tactile/kinaesthetic stimulation effects on preterm neonates. *Pediatrics*, *77*: 654-658.

Forslund, M., & Bjerre, I. (1985). Growth and development in preterm infants during the first 18 months. *Early Human Development*, *10*, 201-216.

Fox, N.A., & Lewis, M. (1983). Cardiac response to speech sounds in pre-term infants: effects of postnatal illness at three months. *Psychophysiology*, *20*, 481-488.

Frankfort-Nachmias, C., & Nachmias, D. (1996). *Research Methods in the Social Sciences*. 5 ed. London: Arnold.

Friedman, S.L., Jacobs, B.S., & Werthmann, M.W. (1981). Sensory processing in pre-term and full-term infants in the neonatal period. In: S.L. Friedman and M. Sigman (Eds.) *Pre-term Birth and Psychological Development*, 159-200. Academic Press, New York.

Gardner, J.M., & Karmel, B.Z. (1983). Attention and arousal in preterm and full-

term neonates. In T. Field & A. Sostek (Eds.), *Infants born at risk: Physiological, perceptual, and cognitive processes*. New York: Grune & Stratton.

Gardner, J.M., Karmel, B.Z., & Magnano, C.L. (1992). Arousal/visual preference interactions in high-risk neonates. *Development Psychology*, 28, 821-830.

Gianino, A., & Tronick, E.Z. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capacities. In T.F. Field, P.M. McCabe, & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and coping across development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Goodfried, M. S. (1993). O tratamento das alterações do relacionamento na infância, numa unidade de cuidados intensivos neonatais. *Pediatrics (ed. Portuguesa)*, 1, 49-53.

Goldberg, S., Brachfeld, S., & DiVitto, B. (1980) Feeding, fussing, and play: Parent-infant interaction in the first year as a function of prematurity and perinatal medical problems. In T.M. Field, S. Goldberg, D. Stern, & A.M. Sostek (Eds.), *High-risk infants and children: Adult and peer interactions*. New York: Academic.

Golberg, Susan (1988). Premature birth: consequences for the parent-infant relationship. In Hetherington, E.; Parke, R., *Contemporary Readings in Child Psychology*. 3rd ed. McGraw-Hill Inc.

Gordon, T., & Foss, B.M. (1966). The role of stimulation in the delay of onset of crying in the newborn infant. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 18, 79-81.

Gorga, D., Stern, F.M., & Ross, G. (1985). Trends in neuromotor behavior of preterm and fullterm infants en the first year of life: a preliminary report. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 27, 756-766.

Gorski, P.A., Davison, M.F., & Brazelton, T.B. (1979). Stages of behavioral organization in the high-risk neonate: Theoretical and clinical considerations. *Seminars in Perinatology*, 3, 61-72.

Gorski, P.A., Huntington, L., & Lewkowicz, D.J. (1990). Direct computer recording of premature infant and nursery care: distress following two interventions. *Pediatrics*, 72, 198-202.

Gottfried, A.W. (1981). Environmental manipulations in the neonatal period and assessment of their effects. In: V.L. Smeriglio (ed.), *Newborn and Parents: Infant Care and Newborn Sensory Stimulation*. Hillsdale: Erlbaum.

Gottfried, A.W. (1985). Environment of newborn infant in special care units. In: A.W. Gottfried, J.L. Gaiter (eds.), *Infant Stress Under Intensive Care*. Baltimore: Univeristy Park Press.

Greenberg, M.T., & Crnic, K.A. (1988). Longitudinal Predictors of developmental status and social interaction in premature and full-term infants at age two. *Child Development*, 59, 554-570.

Hack, M., Muszynski, S.Y., & Miranda, S.B. (1981). State of awakeness during

visual fixation in preterm infants. *Pediatrics*, 68, 87-92.

Holmes, D.L., Nagy, J.N., Slaymaker, F. (1982). Early influences of prematurity, illness and prolonged hospitalization on infant behavior. *Developmental Psychology*, 18, 744-750.

Holmes, D.L., Reich, J.N., & Rieff, M.L. (1988). Kindergarten performance of children born at risk. *Canadian Journal of Psychology*, 42, 189-200.

Hughes, M., McCollum, J., Sheftel, D., & Sanchez, G. (1994). How parents cope with the experience of neonatal intensive care. *Children's Health Care*, 23, 1-14.

Hughes, M., & McCollum, J. (1994). Neonatal intensive care: mother's and father's perceptions of what is stressful. *Journal of Early Intervention*, 18, 258-268.

Klaus, M., & Fanaroff, A. (1979). *Care of the high risk neonate*. Philadelphia: Saunders.

Knobloch, H., Rider, R., & Harper, P. (1956). Neuropsychiatric sequelae of prematurity. *Journal of the American Medical Association*, 161, 581.

Korner, A.F., Brown, B.W., Dimiceli, S., Forrest, T., Stevenson, D.K., Lane, N.M., Constantinou, J., & Thom, V.A. (1989). Stable individual differences in developmentally changing preterm infants: A replicated study. *Child Development*, 60, 502-513.

Kramer, M., Chamoro, I., Green, D., & Knudtson, F. (1975). Extra tactile stimulation of the premature infant. *Nursing Research*, 24, 324-354.

Kramer, L.I., & Pierpont, M.E. (1976). Rocking waterbed and auditory stimuli to enhance growth of preterm infants. *Journal Pediatrics*, 88, 297-299.

Lawson, K., Daum, C., & Turkewitz, G. (1977). Environmental characteristics of a neonatal intensive care unit. *Child Development*, 48, 1633-1639.

Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Leib, S.A., Benfield, D.G., & Guidubaldi, J. (1980). Effects of early intervention and stimulation on the preterm infant. *Pediatrics*, 66, 83-90.

Long, J.G., Lucey, J.F. & Gorsky (1980). Noise and hypoxemia in the intensive care nursery. *Pediatrics*, 65, 143-145.

Ludington-Hoe, (1993)

Macedo, E. N. (1984). *The effects of early tactile stimulation on low birthweight infants - 2 years follow up*. PhD thesis, Bedford College, University of London.

Malatesta, C.Z., Grigoryev, P., Lamb, C., Albin, M., & Culver, C. (1986). Emotion socialization and expressive development in preterm and full-term infants. *Child Development*, 57, 316-330.

Mann, N.P., Haddow, R., Stokes, L., Goodley, S., & Rutter, N. (1986). Effect of night and day on preterm infants in a newborn nursery: Randomized trial. *British Medical Journal*, *293*, 1265-1267.

McCain, G. (1992). Facilitating inactive awake states in preterm infants: a study of three interventions. *Nursing Research*, *41*, 157-160.

McGehee, L.J., & Eckerman, C.O. (1983). The preterm infant as a social partner: Responsive but unreadable. *Infant Behavior and Development*, *6*, 461-470.

McHaffie, H.E. (1990). Mothers of very low birthweight babies: how do they adjust? *Journal of Advanced Nursing*, *15*, 6-11.

Miles, M.S. (1989). Parents of critically ill premature infants: Sources of stress. *Critical Care Nursing Quarterly*, *12*, 69-74.

Miles, M.S., & Cater, M.C. (1983). Assessing parental stress in intensive care units. *Maternal Child Nursing Journal*, *8*, 354-360.

Minde, K., Goldberg, S., Perrota, M., Washington, J., Lojkasek, C., Corter, C., & Parker, K. (1989). Continuities and discontinuities in the development of 64 very small preterm infants to 4 years of age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *30*, 391-404.

Minde, K., Perrotta, M., & Marton, P. (1985). Maternal caretaking and play with full-term and premature infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *26*, 231-244.

Morante, Dubowitz, L.M.S., Dubowitz, V., & Levene, M. (1982). The development of visual function in normal and neurologically abnormal preterm and fullterm infants. *Development Medicine and Child Neurology*, *24*, 771-784.

Mussen, P. H.; Conger, J. J.; Kagan, J., & Huston, A. C. (1990). *Child Development & Personality*. 7th ed. New York: Haper & Row Pub.

Nachmias, & Nachmias (1996). *Research Methods in the Social Sciences*, 5ed

Newman, L.F. (1981). Social and sensory environment of low birth weight infants in special care units. *Science*, *169*, 448-455.

Niven, C., Wiszniewski, C., Alroomi, L. (1993). Attachment in mothers of preterm babies. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *11*, 175-185.

Nurcombe, B. (1984). An intervention program for mothers of low-birthweight infants: Preliminary results. *Journal Amer. Acad. Child Psych.*, *23*, 319-325.

Oehler, J.M., Eckerman, C.O., & Wilson, W.H. (1988). Social stimulation and the regulation of premature infants' state prior to term age. *Infant Behavior and Development*, *11*, 333-351.

Paludetto, R., Faggiano-Perfetto, M., Asprea, A.M., DeCurtis, M., & Margara-Paludetto, P. (1981). Reactions of sixty parents allowed unrestricted contact with infants in a neonatal intensive care unit. *Early Human Development*, *5*, 401-409.

Paludetto, R., Mansi, G., Rinaldi, P. (1982). Behavior of preterm newborns reaching term without serious disorder. *Early Human Development*, 6, 357-363.

Paludetto, R., Rinaldi, P., Mansi, G. (1984). Early behavioral development of preterm infants. *Developmental Med. Child Neurology*, 26, 347-352.

Parmalee, A.H. (1985). Sensory stimulation in the nursery: How much and when? *Developmental Behavioral Pediatrics*, 6 (5), 242-243.

Piper, M.C., Byrne, P. J., Darrah, J., & Watt, M.J. (1989). Gross and fine motor development of preterm infants at eight and 12 months of age. *Developmental Med. Child Neurology*, 31, 591-597.

Prechtl, H.F.R., Fargel, J.W., Weinmann, H.M., & Bakker, H.H. (1979). Postures, motility and respiration of low-risk preterm infants. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 21, 3-27.

Rausch, P.B. (1981). Effects of tactile-kinesthetic stimulation on premature infants. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*, 10, 34-37.

Rice, R. (1977) Neurophysiologic development in premature infants following stimulation. *Developmental Psychology*, 13, 69-76.

Robson, Colin (1993). *Real World Research*. Oxford: Blackwell.

Róiste, Á. de, & Bushnell, I. (1993). Tactile stimulation and pre-term infant performance on an instrumental conditioning task. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11, 155-163.

Róiste, Á. de, & Bushnell, I.W.R. (1995). The immediate gastric effects of a tactile stimulation programme on premature infants. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 3, 57-62.

Róiste, Á. de, Bushnell, I., & Burns, J. (1995). TAC-TIC: how do special care baby unit babies react to it? *British Journal of Midwifery*, 3, 8-15.

Róiste, A. de, & Bushnell, I.W.R. (1996). Tactile stimulation: Short- and long-term benefits for pre-term infants. *British Journal of Developmental Psychology*, 14, 41-53.

Sameroff, A.J., & Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In: F.D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek & G. Siegel (Eds.), *Review of Child Development Research*, 4, 187-244. Chicago: University of Chicago.

Scafidi, F.A., Field, T.M., Schanberg, S.M., Bauer, C.R., Vega-Lahr, N., Garcia, R., Poirier, J., Nystrom, G., & Kuhn, C.M. (1986). Effects of tactile/kinesthetic stimulation on the clinical course and sleep/wake behavior of preterm neonates. *Infant Behavior and Development*, 9, 91-105.

Scafidi, F.A., Field, T.M., Schanberg, S.M., Bauer, C.R., Tucci, K., Roberts, J., & Kuhn, C.M. (1990). Massage Stimulates Growth In Preterm infants: a replication.

Infant Behavior and Development, 13, 167-88.

Scott, S., Cole, T., Lucas, P., & Richards, M. (1983). Weight gain and movement patterns of very low birthweight babies nursed on lambswool. *Lancet*, 28, 1014-1016.

Solkoff, N., & Matuszak, D. (1975). Tactile stimulation and behavioral development among low birthweight infants. *Child Psychiatry Human Development*, 6, 33-37.

Solkoff, N., Yaffe, S., Weintraub, D., & Blase, B. (1969). Effects of handling on the subsequent development of premature infants. *Developmental Psychology*, 1, 765-768.

Sparling, J., Lewis, I., Ramey, C., et al. (1991). Partners: a curriculum to help premature, low-birth-weight infants get off to a good start. *Top Early Child Spec Educ*, 11, 36-55.

Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and development psychology*. New York: Basic Books.

Szajnberg, N., Ward, M.J., Krauss, A., Kessler, D.B. (1987). Low birth-weight prematures: preventive intervention and maternal attitude. *Child Psychiatry and Human Development*, 17, 152-165.

Telzrow, R.W., Kang, R.R., Mitchell, S.K., Ashworth, C.D., & Barnard, K.E. (1982). An assessment of the behavior of the preterm infant at 40 weeks conceptional age. In: L.P. Lisitt and T.M Field (Eds), *Infant Behavior and Development: Perinatal Risk and Newborn Behavior*. New Jersey: Ablex, 85-96.

Thoman, E.B. (1975). Early development of sleeping behaviors in infants. In N.R. Ellis (Ed.), *Aberrant development in infancy: Human and animal studies*. New York: Wiley.

Thoman, E.B., Denenberg, V.H., Sievel, J., Zeidner, L., & Becker, P.T. (1981). State organization in neonates: Developmental inconsistency indicates risk for developmental dysfunction. *Neuropaediatrica*, 12, 45-54.

Tronick, E.Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.

Turkewitz, G., & Kenny, P.A. (1985). The role of developmental limitations of sensory input on sensory/perceptual organization. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 6, 242-243.

VandenBerg, K.A. (1990). Behaviorally supportive care for the extremely premature infant. In: LP Gunderson, C Kenner, eds. *Care of the 24-25 Week Gestational Age Infant (Small Baby Protocol)*. Petaluma, California: Neonatal Network.

White, J.L., & Labarba, R.C. (1976). The effects of tactile and kinesthetic stimulation on neonatal development in the premature infant. *Dev. Psychol.*, 9, 569-577.

Whitelaw, A. (1988). Skin to skin contact for very low birth weight infants and their mothers. *Arch Dis Child*, 63, 1377-1381.

White-Traut, R., & Nelson, M.N. (1988). Maternally administered tactile, auditory, visual and vestibular stimulation: Relationship to later interactions between mothers and premature infants. *Research in Nursing & Health, 11*, 11-39.

Widmayer, S. & Field, T.M. (1981). Effects of Brazelton Demonstration for mothers on the development of preterm infants. *Pediatrics, 67*, 711-714.

Wolke, D. (1991). Annotation: Supporting the development of low-birthweight infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32*, 723-741.

Zahr, L.K., Parker, S., & Cole, J. (1992). Comparing the effects of neonatal intensive care unit intervention on premature infants at different weights. *Journal-of-Developmental-and-Behavioral-Pediatrics, 13*, 165-172.

Zimmer, E. Z., Fifer, W.P., Kim, Y., Rey, H. R., Chao, C.R., & Myers, M.M. (1993). Response of the premature fetus to stimulation by speech sounds. *Early Human Development, 33*, 207-215.

ANEXO I

Rapport utilizado durante o recrutamento

- Bom dia! Nós estamos realizando um estudo aqui no hospital sobre o desenvolvimento de bebês Pré-termos nos seus primeiros meses de vida.
- Nós gostaríamos que você participasse deste estudo, mas antes eu precisaria que você respondesse a algumas perguntas.

(Mãe responde às questões da Ficha de Dados Demográficos):

- Quantos anos você tem? Onde mora?
- Bom! O estudo que nós estamos desenvolvendo envolve mães de diferentes idades, profissões e que moram em diversos bairros de Porto Alegre. Com base nestas perguntas que eu lhe fiz, eu preciso dar uma olhada na lista das outras mães que já estão fazendo parte do estudo para então lhe dar uma resposta. Eu volto a falar consigo mais tarde.

Retorno para as mães a serem selecionadas:

- Eu olhei a lista das mães que já estão fazendo parte do estudo e achei que você se enquadra nas características das mães que precisamos para este estudo. Nós gostaríamos muito que você participasse do estudo.

Retorno para as mães a serem excluídas:

- Bom! Como eu já lhe falei antes, o nosso estudo envolve mães de diferentes bairros de Porto Alegre; além disto, parte das mães precisam ter tido menino e a outra parte, menina; nós também precisamos ter metade das mães que trabalhem fora e a outra metade que não trabalha fora; entre as que trabalham nós precisamos de mães de diferentes profissões. Nós também precisamos de mães de diversas idades. Enfim, nós precisamos de vários tipos de mães; além disso, nós temos também alguns limites como por exemplo de locomoção; fica muito difícil para nós entrarmos em contato com uma mãe que mora em um lugar muito longe daqui.
- Eu olhei a lista de mães e notei que já temos algumas mães com características parecidas com as suas; por exemplo, que tiveram menino, trabalham fora/não trabalham; moram na periferia/na região central. Nós agradecemos o seu interesse em participar do estudo, mas vai ter que ficar para outra vez.

ANEXO II

Consentimento Informado

Estamos realizando um estudo com a finalidade de compreender melhor o bebê Pré-termo e comparar os efeitos de duas intervenções que visam facilitar o desenvolvimento do bebê. O estudo envolverá entrevistas individuais com as mães, observações das mães com seus bebês e observação das intervenções realizadas pelas mães. As observações serão gravadas em videotape.

Através deste trabalho, esperamos contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre o bebê Pré-termo e qual a melhor forma de facilitar o seu desenvolvimento.

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa.

Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação dos cuidados e tratamento recebidos neste hospital.

Entendo que as informações oferecidas serão mantidas em caráter confidencial e que eu não serei identificada.

Concordo em participar do presente estudo, bem como autorizo filmagem minha e do meu bebê para fins deste estudo.

Os pesquisadores Responsáveis por este Projeto de Pesquisa são o Dr. César Augusto Piccinini e a Mestranda Larissa Feijó, tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética desta Instituição.

Data ___/___/___ .

Participante do Projeto

ANEXO III

Ficha de dados demográficos

Data:

- Qual é o seu nome?.....
- Quantos anos você tem?.....
- Qual o nome do pai do bebê?.....
- Quantos anos o pai do bebê tem?.....
- Onde você mora?.....
- Com quem você mora?.....
- Há quanto tempo?.....
- Você teve algum aborto?.....
- Você teve um menino ou uma menina?.....
- Como se chama o seu bebê?.....
- Quando ele nasceu?.....Como foi o parto? (normal, cesárea).....
- Com quantas semanas de gestação ele nasceu?.....
- Ele apresentou algum problema ao nascer?.....
- Quanto ele pesou ao nascer?.....E a altura?.....
 - Como você se sentiu na gravidez? (náuseas, vômitos, tonturas, tristeza, medo, alegria)
- Houve alguma complicação? (doenças, ameaça de aborto).....
-
- Até que série você estudou?.....
- Você trabalha fora de casa?.....
- O que você faz?.....
- E o pai da criança, o que ele faz?.....
- Até que série ele estudou?.....
- Qual é aproximadamente o salário dele?.....
- Você tem algum telefone para contato?.....

ANEXO IV

Entrevista de avaliação da interação mãe-bebê Pré-termo

- Como você está se sentindo?
- Como você se sentiu durante a gravidez?
- Você teve algum problema de saúde nesta gravidez? O que aconteceu? E como está de saúde agora? E o bebê?
- Você estava querendo ficar grávida ou esta gravidez aconteceu sem que você estivesse esperando?
- Você sentiu algum desconforto neste período? (náuseas, vômitos, tonturas)
- Como você recebeu a notícia da gravidez?
- E o pai do bebê, como ele recebeu a notícia da gravidez?
- E as outras pessoas da sua família, como receberam a notícia?
- E as outras pessoas da família dele, como receberam a notícia?
- O que você achou quando soube do sexo do bebê? E o pai o que achou?
- Você já escolheu um nome para o bebê? Qual é o nome?
- Por que você escolheu este nome?
- Quais as principais preocupações que você teve com relação à gravidez?
- Você tinha algum problema de saúde anterior à gravidez? Qual?
- Você toma alguma medicação? Qual?
- Como você vivenciou o parto?
- E com relação ao seu bebê?
- O que você sentiu quando viu seu bebê pela primeira vez?
- Como é para você, ele estar na incubadora agora?
- E o pai do bebê?
- Como está a relação de vocês?
- E a equipe? O que achas?
- Sente-se segura com eles?
- Se não, por quê?

ANEXO V**Ficha de dados sobre a evolução fisiológica do bebê Pré-termo**

Data:

Peso:

Temperatura máxima:

Temperatura mínima:

Frequência cardíaca máxima:

Frequência cardíaca mínima:

Frequência respiratória máxima:

Frequência respiratória mínima:

Alimentação diária (em ml):

Fezes (no. vezes):

Urina (no. vezes):

Intercorrências clínicas:

ANEXO VI

Instruções durante cada tipo de intervenção

Intervenção 1 (estimulação tátil)

Vários estudiosos têm mostrado que podemos ajudar no desenvolvimento do bebê prematuro se lhe dermos uma atenção especial durante esta fase inicial do seu crescimento. Vários procedimentos de intervenção têm sido propostos pelos estudiosos para ajudar o bebê prematuro. Um deles é a estimulação tátil, ou seja, o toque. A idéia deste tipo de intervenção é que a mãe deverá reservar uns 15 minutos por dia para, junto à incubadora, tocar o seu bebê.

O importante é que você toque em todo o corpo de seu bebê. Começando pelo tronco (costinhas ou barriga), perninhas inteiras, pezinhos, bracinhos e mãozinhas, e por fim no rostinho. Sempre com gentileza e lentamente. Nós gostaríamos que você reservasse 15 minutos por dia, nas próximas duas semanas para ficar tocando em seu bebê.

Intervenção 2 (fala afetiva com o bebê)

Vários estudiosos têm mostrado que podemos ajudar no desenvolvimento do bebê prematuro se lhe dermos uma atenção especial, durante esta fase inicial do seu crescimento. Vários procedimentos de intervenção têm sido propostos pelos estudiosos para ajudar o bebê prematuro. Um deles é o que a gente denomina de 'fala afetiva com o bebê'. A idéia deste tipo de intervenção é que a mãe deverá reservar uns 15 minutos por dia para, junto à incubadora, falar afetivamente com o bebê.

O seu bebê já conhece a tua voz de ouvi-la quando estava em sua barriga. Por isto, acredita-se que será bom para ele ouvi-la agora que está na incubadora. Mesmo que ele esteja de olhinhos fechados, parece ser bom para ele ficar escutando a tua voz.

Você pode escolher o que quiser para ficar falando para o bebê. Por exemplo: Você pode contar uma estória bonita para ele, como foi o seu dia, falar sobre os irmãos dele (se ele tiver) e/ou pai, avós; ou mesmo ficar cantarolando para ele. O importante é que você fique bem à vontade falando afetivamente para ele, que seja com carinho, sabendo que vai ser bom para ele ficar ouvindo a tua voz suavemente.

Ao falar com o seu bebê procure chamar a atenção dele, lembre que mesmo que ele esteja de olhos fechados será bom para ele ficar lhe ouvindo. Nós gostaríamos que você reservasse 15 minutos por dia, nas próximas duas semanas para ficar falando com o seu bebê.

ANEXO VII

Definições Operacionais dos Comportamentos Maternos e dos Pré-termos e Instruções para Codificação

Será definido, a seguir, os comportamentos emitidos pela mãe e pré-termo antes, durante e após cada intervenção, os quais foram analisados a partir dos 'Protocolo de Comportamentos' (ANEXO VIII e IX).

Instrução geral para codificação: são computados todos os comportamentos que ocorrem dentro do intervalo de 15 segundos, entendendo-se assim, que os comportamentos não são mutuamente exclusivos ou computados por sua predominância ou ordem de ocorrência.

Categorias de Comportamentos Maternos:

A) Responsividade/sensitividade materna sem contato físico

1. Olha para o bebê: mãe dirige o olhar para o rosto ou corpo do bebê. Exclui-se aquele comportamento onde a mãe olha na direção que está o bebê, mas não olha para ele; e sim para o que está atrás.

2. Posiciona o bebê face a face: mãe coloca intencionalmente a si ou ao bebê em posição que permita que ambos estejam face-a-face, no mesmo plano visual; pode ser marcado , tanto quando o bebê está na incubadora, quanto no colo.

3. Fala para o bebê: mãe vocaliza falando para/com/sobre o bebê, canta para ele, faz sons (ex. "psiu, psiu"), elogia o bebê, chama o bebê pelo nome, vocaliza chamando a atenção do bebê.

4. Interpreta/fala pelo bebê: a mãe vocaliza colocando-se empaticamente no lugar do bebê, interpretando o estado e/ou sinais do bebê (Ex. "tu estás com fome"; "estás com sono"); ou quando a mãe fala como se fosse o próprio bebê (Ex. "ai, mamãe, eu estou com sono"); pode ser marcado simultaneamente com "resposta à vocalização ou choro do bebê", quando a interpretação foi em resposta a uma vocalização ou choro do bebê.

5. Responde a vocalização/choro do bebê: somente é marcado quando a mãe vocaliza em resposta a uma vocalização ou choro do bebê; incluem-se vocalização da mãe que imitam sons do bebê.

6. Sorri para o bebê: mãe visivelmente sorri para o bebê; somente é marcado quando a mãe está olhando para o bebê; excluindo-se assim, sorrisos que não são dirigidos ao bebê.

B) Responsividade/sensitividade materna com contato físico

7. Muda posição/manuseia bebê: mãe manuseia o bebê para modificar a posição de seu corpo dentro ou fora da incubadora. Ex: bebê está de bruços e ela o vira de lado ou de costas.

8. Embala/aconchega o bebê: mãe segura o bebê com as mãos e o balança dentro da incubadora ou no colo. Considera-se 'aconchega' quando a mãe, tendo seu bebê no colo, o aproxima de seu corpo ou acomoda-o em uma melhor posição.

9. Carinho com o rosto/beija: mãe toca o bebê com os lábios ou realiza uma carícia com seu

próprio rosto.

10. Acaricia: mãe toca em seu bebê com o ‘verso’ da mão (geralmente dedos) ou toca com a ponta dos dedos e fica claro que não se trata de uma massagem, e sim um toque bem suave, caracterizando um ‘carinho’.

Quando o comportamento emitido é de ‘carícia’ é registrado também a maneira como foi realizado (ex. ponta dos dedos, uma mão, devagar).

11. Toca/massageia o bebê: mãe toca com a(s) mão(s) em seu bebê ou realiza massagem, a qual se caracteriza por um toque com movimento.

11.1. Toca/massageia com a ponta dos dedos: mãe toca em seu bebê com a ponta dos dedos da(s) mão(s). Pode ser um toque sem movimento, uma massagem, ou uma carícia (o que também será registrado como um comportamento de acariciar o bebê).

11.2. Toca/massageia com a palma da mão: mãe toca em seu bebê com a palma da(s) mão(s). Este toque pode ser sem movimento ou com intuito de realizar estimulação tátil.

11.3. Toca/massageia com uma mão: mãe toca ou massageia seu bebê utilizando somente uma das mãos.

11.4. Toca/massageia com as duas mãos: mãe toca ou massageia seu bebê utilizando ambas as mãos.

11.5. Toca/massageia a cabeça do bebê: mãe toca ou massageia a cabeça ou rosto do bebê.

11.6. Toca/massageia o(s) braço(s) e/ou mão(s) do bebê: mãe toca ou massageia qualquer parte dos membros superiores.

11.7. Toca/massageia a(s) perna(s) e/ou pé(s) do bebê: mãe toca ou massageia qualquer parte dos membros inferiores.

11.8. Toca/massageia o tronco do bebê: mãe toca ou massageia o pescoço, peito, barriga, costas ou nádegas do bebê.

11.9. Toca/massageia devagar: mãe toca ou massageia realizando até um movimento a cada segundo.

11.10. Toca/massageia rápido: mãe toca ou massageia realizando mais de um movimento por segundo.

C) Responsividade com cuidados ao bebê:

12. Tenta dar o seio/mamadeira: mãe oferece o seio para amamentar seu bebê. Também pode estar oferecendo o copo/mamadeira.

13. Atende o bebê: mãe presta cuidados ao seu bebê, trocando fraldas, auxiliando na alimentação via sonda ou na medicação, e na higiene.

D) Ausência de responsividade ao bebê:

14. Fala com terceiros: mãe conversa com outras pessoas que se encontram no ambiente. A ‘fala com terceiros’ subentende atenção voltada para o ambiente, portanto não é registrado o item anterior conjuntamente.

15. Fala com observador: mãe dirige-se ao observador, fazendo um comentário, pergunta ou respondendo a algum questionamento do observador. Quando este comportamento for emitido perante uma pergunta do observador, é registrado também ‘interrompida por terceiros’.

16. Interrompida por terceiros: considera-se que a mãe foi interrompida na sua interação com o bebê, quando uma terceira pessoa lhe dirige a palavra ou presta algum cuidado ou manuseia o bebê. Pode-se ainda caracterizar esta categoria quando houver um estímulo externo forte e persistente, o qual chama a atenção da mãe. Ex: disparo dos alarmes de monitores de seu bebê ou de outros bebês na UTINeonatal;

17. Atenção para o ambiente: mãe dirige o olhar para o ambiente externo.

18. Demonstra cansaço: mãe dá sinais de cansaço físico, apoiando-se na incubadora, mudando sua posição corporal, olhando para o relógio repetidamente e verbalizando estar cansada.

OBS: Dentro de um mesmo intervalo, a mãe pode tocar com apenas uma das mãos e também com as duas. Ambos os comportamentos são registrados.

Categorias de Comportamentos do Bebê

1. Dorme: quando o bebê está de olhos fechados. Pode estar imóvel ou emitindo alguns movimentos.

2. Sonolento/abre os olhos: bebê abre os olhos por curto espaço de tempo.

3. Boceja/move a boca: bebê realiza movimentos com a boca, podendo ser um bocejo ou um movimento dos lábios.

4. Alerta: bebê permanece acordado, com olhos abertos atento ao ambiente.

5. Suga: bebê realiza movimentos de sucção, podendo ainda sugar dedos, sonda, chupetas ou paninhos.

6. Vocaliza: bebê emite sons.

7. Expressão de “sorriso”: ligeira contração dos músculos faciais, principalmente orais.

- 8. Movimenta cabeça:** bebê realiza movimentos com a cabeça.
- 9. Movimenta tronco:** bebê realiza movimentos com o tronco.
- 10. Movimenta braços:** bebê realiza movimentos com o(s) braço(s) e/ou mão(s).
- 11. Movimenta pernas:** bebê realiza movimentos com a(s) perna(s) e/ou pé(s).
- 12. Movimentos de “espreguiçar”:** bebê realiza movimentos com todo o corpo esticando-se.
- 13. Movimentos involuntários:** bebê emite movimentos reflexos, os quais podem se caracterizar como sustos ou tremores.
- 14. Bebê com rosto para lado oposto:** o bebê encontra-se com o rosto voltado para a direção oposta à mãe.
- 15. Agitado:** bebê encontra-se em constante e repetida movimentação, mostrando-se perturbado, excitado ou inquieto.
- 16. Expressão de insatisfação facial:** bebê dá sinais de insatisfação facial ao contrair os músculos faciais.
- 17. Chora:** bebê exprime tristeza ou dor com gemidos, soluços, acompanhados ou não de lágrimas.
- 18. Mama SOG/SNG:** bebê recebe alimentação através de sonda orogástrica, ou seja, sonda introduzida pela boca; ou sonda nasogástrica, ou seja, sonda introduzida por uma narina.
- 19. Na incubadora:** durante a observação da interação/intervenção o bebê encontra-se dentro da incubadora.
- 20. No colo:** durante a observação da interação/intervenção o bebê encontra-se no colo da mãe.
- 21. No berço comum:** durante a observação da interação/intervenção o bebê encontra-se em berço comum.

ANEXO X

Entrevista de avaliação da interação mãe-bebê após a intervenção

- Como você está se sentindo?
- E com relação ao seu bebê?
- Como é para você, ele estar na incubadora agora?
- E o pai do bebê?
- Como seu bebê está evoluindo?
- Como você se sente quando está com seu bebê?
- Como está a relação de vocês?
- E a equipe? O que achas?
- Sente-se segura com eles?
- Se não, por quê?
- Você ajuda nos cuidados com o seu bebê na incubadora?
- O que faz para ajudar?
- O que você achou de participar deste estudo? Ajudou?
- (Se ajudou) Como?
- (Se não ajudou) Por que achas que não foi bom?
- E para o seu bebê? O que você achou de realizar (o toque ou a fala) com ele?

ANEXO XI

Relato dos casos submetidos à intervenção estimulação tátil

Díade 1

O bebê pré-termo Gastão Luis⁴ é filho de Diana (24 anos) e Romário (24 anos), casados há 7 anos. Residem com a primeira filha de 5 anos em Porto Alegre. Diana estudou até a 6ª série do 1º grau e não trabalha. Romário trabalha como pintor e estudou até a 5ª série do 1º grau.

Segundo Diana, essa gestação foi muito desejada e planejada, ela parou de tomar anticoncepcional com o objetivo de engravidar e no mês seguinte estava grávida. Quando soube da notícia ficou “muito faceira, era o que eu queria!” Seu marido, também, ficou muito feliz ao saber que iria ser pai novamente. A família dela adorou saber sobre a notícia; as pessoas da família dele também gostaram, mas não fizeram tanta festa.

Diana disse que sua gestação foi “normal”, mas além da pressão baixa, teve problemas com a placenta, e por isso permaneceu mais no hospital do que em casa. Ela referiu que as principais preocupações que teve durante a gestação foi com relação a sua saúde, com a placenta: “eu queria trocar a placenta de lugar, para terminar os problemas”. Disse que sentiu muita azia e “calorões que quase desmaiava”, além de vômitos, “mas foram poucos”.

Diana gostou muito quando soube que teria um menino. “Já tinha uma menina, então achei que um menino vinha bem para ficar um casalzinho”. E o pai também gostou muito da notícia. O nome só foi escolhido no hospital, quando o bebê já havia nascido. “Gastão, por acaso, não sei de onde tirei esse nome. E Luis, vi na TV e gostei”.

Com relação ao parto disse que se assustou, pois “foi uma correria danada, achei que ia morrer. Eu já estava entrando em estado de choque, foi por isso que resolveram fazer o parto antes”. Ela não viu o bebê no parto, pois havia recebido anestesia geral. “Foi difícil, me senti triste... queria muito ter visto ele na hora do nascimento. Queria ter participado...” Gastão Luis nasceu com 30 semanas de idade gestacional e pesando 1175g. Nasceu hipotônico, sem ventilação espontânea, sendo necessário reanimá-lo e O2 em CPAP por 3 dias. Seu APGAR foi 2 no primeiro minuto e 7 no quinto minuto.

Ao vê-lo na incubadora pela primeira vez, Diana disse que foi uma vivência muito difícil. “Não consegui tocar nele no primeiro dia. Muito pequeno, incubadora, os outros bebês... tudo me assustou... foi realmente muito difícil para mim”.

Quando questionada sobre como estava se sentindo naquele momento, Diana respondeu: “Estou fisicamente bem. Foi muito difícil, passei por várias internações. Tive muitas preocupações com minha saúde, transfusão de sangue... Me preocupa muito sangue, sabe? A gente vê tanta coisa por aí. Perdi muito sangue no parto, daí eles resolveram que seria melhor fazer uma transfusão”. Diana disse que estava melhor de saúde, mas ainda sentia muita tontura. E o bebê estava indo bem. “Está ganhando peso, não tem nenhuma doença...”

Com relação à incubadora, Diana disse que achava que estava enfrentando bem melhor. “Como já disse, está ganhando peso... ele está bem! E isso ajuda, a gente sabe que ele está ali só para ficar quentinho, não porque está doente”. Ela referiu achar que o marido enfrenta bem a situação do bebê ser pré-termo e precisar de cuidados neonatais. “Ele é mais forte que eu”. Diana disse, ainda, ter uma relação muito boa com o marido. “Ele me dá apoio... me traz até bombom, porque sabe que eu gosto muito. Ou me trás ou me dá quando chego em casa...” (sorri).

A respeito da equipe, ela disse que sentia-se segura com eles. “Acho este hospital ótimo.” E para finalizar ela disse “eu queria que ele ganhasse o peso necessário logo, que crescesse. É tão pequenininho...”

Observações durante Intervenção

⁴ Os nomes dos participantes são fictícios

Esta díade (Diana e Gastão) foi designada para a intervenção envolvendo estimulação tátil, no 14º dia de vida do bebê. A mãe recebeu com atenção a orientação sobre a intervenção e no início mostrou-se tranqüila e se esforçando para realizar o que lhe havia sido proposto. Neste primeiro dia de intervenção, ele reagiu à estimulação agitando-se, movimentando principalmente pernas e braços. O bebê estava pesando 1130g e recebendo alimentação via sonda orogástrica.

A segunda intervenção foi filmada. O bebê estava pesando 1200g. Nos cinco minutos de interação livre antes da intervenção, Diana ficou em pé ao lado da incubadora (o bebê estava com o rosto virado para o lado oposto), tocando com uma mão em seu bebê, que dormia de bruços e continuava com a sonda orogástrica. Ele reagiu frente ao toque movimentando-se bastante, depois alternou momentos de inatividade e atividade intensa, às vezes apresentando movimentos característicos de agitação. Ela manteve-se concentrada em seu bebê e na intervenção, desviando seu olhar para o ambiente poucas vezes, e mantendo-se em silêncio. Tocou basicamente nas costas do bebê. No último minuto o bebê mostrou-se mais tranqüilo, permanecendo inativo.

Já no período de intervenção propriamente dito, Diana passou a massagear seu bebê usando as duas mãos e se esforçando para tocar em todo seu corpo, ainda com o rosto posicionado para o lado oposto ao dela. No início ele mostrou-se tranqüilo, permanecendo em estado inativo, depois voltou a alternar curtos momentos de atividade (principalmente as pernas) e longos momentos de inatividade. O bebê emitiu expressões de sorriso, mas a mãe não pôde ver devido ao seu posicionamento. Ela continuou concentrada no bebê, em silêncio, mas dirigiu sua atenção para o ambiente um pouco mais do que no período anterior.

No período de interação livre logo após a intervenção, no mesmo posicionamento, Diana voltou a tocar seu bebê com somente uma mão e ele apresentou momentos de intensa atividade (agitação) alternado por momentos de inatividade.

No dia seguinte, o bebê estava acordado e movimentou-se bastante no início da intervenção. Diana disse: “ele se mexe porque sabia que eu tava mexendo”. Nos dias seguintes o bebê agitou-se durante a intervenção e a mãe tentou acordá-lo. Ela mostrava-se reservada falando pouco sobre si para a observadora. Quando questionada sobre como estava se sentindo, ela respondia dizendo estar “bem”, e passava a falar do bebê, que estava se desenvolvendo bem, ganhando peso (1240g) etc.

A sétima intervenção foi filmada. O bebê havia mamado minutos antes, e estava dormindo profundamente. Ela disse que queria que ele acordasse, que abrisse os olhos. A observadora percebeu que a mãe estava cansada. O bebê estava pesando 1380g. No período anterior à intervenção, Diana sentou-se ao lado da incubadora, posicionando-se face a face com o bebê, que dormia e ainda apresentava a sonda orogástrica. Iniciou tocando-o com as duas mãos. Ele reagiu movimentando todo o corpo e logo depois voltou a ficar quieto. Ela passou todo o período acariciando a cabeça do bebê, parecia tranqüila, porém dispersiva, pois, várias vezes, dirigiu seu olhar para o ambiente.

Durante a intervenção, havia barulho de música e choro de outros bebês na sala e Diana continuava posicionada face a face ao lado da incubadora. No início da intervenção, a mãe se esforçou em tocar mais seu bebê, abrangendo todo o corpo, mas ainda dando preferência para a cabeça. O bebê continuou dormindo e movimentou-se em poucos momentos, mas quando o fez, foram movimentos vigorosos e Diana tentava acalmá-lo realizando um toque mais amplo e também vigoroso. Ele levava alguns segundos, mas acabava se acalmando e permanecendo alguns minutos quieto, para depois novamente apresentar um período de agitação. Ela manteve-se sempre em silêncio, e dirigindo seu olhar para o ambiente algumas vezes. A partir do 8º minuto até o final do período, o bebê mostrou-se mais tranqüilo e quieto, movimentando somente as pernas. No final, a mãe parecia cansada, bocejando várias vezes.

No período logo após a intervenção, Diana mudou-o de posição, virando de barriga para cima. Ele continuava dormindo e movimentando-se calmamente. Ela continuou tocando-o em silêncio, posicionada face a face com o bebê, mais atenta à ele, apesar de ainda, às vezes, prestar atenção ao ambiente barulhento.

No dia seguinte a mãe não foi ao hospital e o pai realizou estimulação tátil no bebê. A observadora o encontrou no horário que havia combinado com a mãe. Ele explicou que ela não sentia-se bem, e que ele havia vindo em seu lugar para ver como estava o bebê e poder levar notícias para ela. Mostrou-se preocupado em tocar em todo o corpinho do bebê, “pois a mãe faz isso todos os dias, e sabemos que é muito importante”. O bebê estava pesando 1400g.

Nos dias que se seguiram o bebê permaneceu dormindo durante a estimulação, espreguiçando-se e movimentando-se bastante. A mãe sempre se mostrou satisfeita, enfatizando o quanto o bebê estava

engordando diariamente. Referiu estar preocupada com o fato de o bebê ter recebido transfusão de sangue para anemia.

Como houveram mais dois dias em que a mãe não foi ao hospital, a última intervenção a ser filmada foi adiada dois dias. Diana mostrou-se mais tranqüila quanto à transfusão. Antes da intervenção, Diana estava auxiliando na alimentação, segurando a seringa presa à sonda. O bebê ficou agitado e com a outra mão ela procurou acalmá-lo tocando em suas costas. O pai estava presente e ela falou com ele, depois ficou em silêncio, olhando para o bebê. Ele logo passou a mover-se mais calmamente. Quando o alimento terminou, ela retirou a seringa e fechou a sonda com tranqüilidade e facilidade. O bebê continuou a mexer-se algumas vezes e ela seguiu tocando em suas costas e a outra mão repousou sobre a cabeça do bebê, que voltou a dormir profundamente, permanecendo imóvel até o final do período.

No período de intervenção propriamente dito, ela continuou na mesma posição em que estava: em pé, tocando em seu bebê com as duas mãos. Às vezes inclinava-se de modo a vê-lo melhor. O bebê reagiu nos primeiros segundos movendo todo o corpo, mas logo pareceu dormir profundamente, pois mostrou-se inativo, só reagindo quando tocado nas pernas. Aos 6 minutos, ele agitou-se, ela manuseou-o colocando-o mais acima na incubadora e ele chorou, ao que ela respondeu: “tá, tá”, tocando em suas costas. O bebê logo acalmou-se voltando a ficar quieto. Ela mostrou-se bastante dispersiva, olhando para o ambiente por longos momentos e, duas vezes, conversou com o marido, apontando características do bebê.

No período de interação livre após a intervenção, Diana pegou seu bebê no colo, envolto por cobertores. Sentou-se posicionando-o em seus braços de modo a poder ver seu rosto. Várias vezes abraçou-o aconchegando-o melhor contra seu peito. Acariciou seu rosto e após um minuto ele abriu e voltou a fechar os olhos. Ela tentou acordá-lo, chamando pelo nome, mas depois disse para a observadora: “ele não quer acordar”. Abraçou-o várias vezes e depois começou a falar com ele, que acordou, fazendo-a sorrir e falar mais, permanecendo assim, até o final do período.

Na entrevista final, Diana disse que estava sentindo-se bem, mas estava com um pouco de dor na perna, por causa de uma platina que tinha na coxa esquerda. “Caminho até aqui todos os dias, isso está me deixando com dor na perna...”

Ela relatou achar que o bebê estava bem. E que já estava acostumada com o fato de ele estar na incubadora. “Sei que precisa, mas é só pelo calor, para mantê-lo quentinho”. Disse que o pai do bebê estava bem. “Ele vem sempre que pode. Ele tem vindo mais agora que está sem serviço. Nós estamos aproveitando que ele está com tempo para pintar a casa, e o quarto do bebê. Aí quando ele receber alta, vai estar tudo pronto e sem cheiro de tinta.”

Diana disse que a relação deles continuava boa. “Ele me ajuda. Vem no hospital por mim quando precisa, quando eu não posso vir. E daí quando chega em casa me diz como o bebê está, quanto está pesando, me conta tudo... isso me deixa mais tranqüila. Eu estive bem gripada uns dias, e não tinha condições de vir, mesmo porque não queria passar gripe para o Gastão. Então ele vinha ver o bebê e me dava notícias.”

Com relação à equipe, Diana continuava achando “tudo bem”. Mas disse que “Tiveram que fazer transfusão de sangue no bebê, achei que não precisava... eles me explicaram que era para anemia, e que isso era muito comum nos bebês prematuros”. Diana prestou cuidados ajudando a trocar fraldas, alimentação, arrumar a “caminha”.

Quando questionada sobre o que havia achado de participar do estudo, ela respondeu: “Eu gostei muito. Acho que foi muito importante para mim, porque não conseguia tocar nele... E conversando com você, principalmente me ajudou muito. Fazendo a massagem todos os dias, a gente vai perdendo o medo, vai se aproximando do bebê. Achei muito importante. Sem vocês tenho certeza que seria diferente, seria mais difícil. Me sinto mais à vontade com ele, não tenho mais medo de pegar ele, de tocar, de fazer carinho. Me sinto muito mais segura agora.”

O bebê recebeu alta 18 dias depois do término do período de intervenção, pesando 2080g.

Díade 2

O bebê pré-termo Nanda é a primeira filha de Nara, que tem 34 anos. É casada há 3 anos e reside com o marido, em Porto Alegre. Estudou até o 3o grau completo e trabalha como auxiliar contábil. Seu marido, Heraldo, 31 anos, trabalha no controle de qualidade de uma indústria e estudou até o 2º grau completo.

Segundo Nara, esta gestação foi planejada e muito desejada: “Eu queria há muito tempo, e só engravidei agora. Quando soube da confirmação de que estava grávida, a primeira coisa que fez foi contar para o marido. Os dois ficaram muito felizes, pois já estavam esperando, na expectativa. A sobrinha de Nara “vibrou com a notícia. Foi a maior torcida pelo signo.” A família dele recebeu bem a notícia, mas não com tanto impacto, “por ser uma família grande, eu acho, 6 irmãos, já estão acostumados com os filhos que vem vindo... (sorri). Na minha família sou só eu e uma irmã, que tem só uma filha, minha sobrinha, então a perspectiva da chegada da Nanda foi uma maior curtição para nós (família dela)”.

Não apresentou nenhum desconforto durante a gravidez. Nara não tinha problemas de saúde antes da gestação e teve uma gestação tranqüila até os quinze dias que antecederam o parto, pois começou a apresentar pressão alta. Suas maiores preocupações foram medo de abortar no início da gestação e depois, devido à pressão alta, tinha medo que algo acontecesse com o bebê, que não fosse perfeito. E por fim se preocupava por saber que teria que nascer antes da hora prevista. “Tinha medo que ele não sobrevivesse”.

Nara disse que adorou quando soube que teria uma menina, “adorei porque achava que era menina. Acho que era porque eu queria uma menina”. O pai também gostou, “disse que era a princesinha dele”. Escolheram o nome logo que souberam do sexo através da Ecografia. O pai que sugeriu o nome. Nara queria Aline ou Andressa. “Acabei gostando de Nanda, por ser meigo.

Para Nara, o parto foi melhor do que esperava. Ela já estava hospitalizada há quinze dias, quando recebeu o diagnóstico de pré-eclâmpsia grave, com indicação para internação, e logo, parto prematuro. O parto foi realizado com anestesia geral, por indicação médica. “Foi tranqüilo, não senti nada... Estava achando que ia ser bem pior, estava morrendo de medo!” Logo após o parto, Nara não quis ver do bebê. “Tinha muito medo. Medo que tivesse algum problema...” Quando o viu pela primeira vez, se emocionou. “Chorei... Achei ela parecida com o pai. O olho é comigo.” O bebê nasceu com 33 semanas de idade gestacional, pesando 1540g e sem problemas de saúde. Seu APGAR foi 3 no primeiro minuto e 4 no quinto minuto.

No momento da entrevista, Nara disse estar sentindo-se melhor. Teve muito medo de perder o bebê e a sua pressão estava oscilando bastante, mas o pior já tinha passado. Com relação à incubadora, Nara referiu que estava preparada para achar pior. “Acho que ela está muito bem, evoluindo super bem”. Disse que o pai do bebê é otimista, então enfrenta bem a situação da prematuridade e necessidade da incubadora e lhe dá apoio, “e isso é ótimo”. Ela achava que a relação deles era ótima. “Como disse, o fato dele ser otimista é bom para enfrentar a situação com a Nanda e também para nossa relação, pois ele me dá um apoio muito bom”.

Com relação à equipe, Nara sente-se segura. “A médica é bem simpática. Estou satisfeita”.

Observações durante Intervenção

Esta díade foi contatada no 3º dia de vida do bebê, e designada para a intervenção estimulação tátil, a qual foi iniciada no mesmo dia após a entrevista. A mãe recebeu com atenção as orientações e logo no início se mostrou tranqüila e à vontade para realizá-la. Conversou bastante com a autora, apontando as características do bebê e o quanto de alegria Nanda estava lhe trazendo. E no final do período, falou para o bebê ganhar peso para ir embora do hospital logo. Ele estava pesando 1490g.

No dia seguinte, Nara estava deprimida, dizendo não sentir-se bem, pois seu seio estava “empedrado” e doía muito. A filmagem foi interrompida, pois Nara chorava bastante. A observadora conversou com Nara na tentativa de acalmá-la, e depois ela se dirigiu ao banco de leite. O bebê estava pesando 1500g.

No terceiro dia, Nara se mostrava mais animada. Agradeceu a atenção que a observadora havia lhe dado no dia anterior. Estava sorridente, pois os médicos haviam lhe dito que poderia iniciar a oferecer o seio para seu bebê, que pesava 1510g. Esta intervenção foi filmada. No período anterior à intervenção, Nara estava com o bebê no colo e oferecia o seio. O bebê apresentou dificuldade para mamar e ela disse que era porque seus seios estavam muito cheios, por isso ele não conseguia “pegar”. O bebê emitiu expressões de sorriso e ela sorriu para ele dizendo: “ela tá rindo. Não sei do que. Tá rindo do meu sofrimento para dar mamar para ela”. E continuou a estimulá-lo a mamar. Em seguida a observadora percebeu que o bebê estava sugando, e mostrou para ela, mas Nara tirou o seio da boca do bebê, dizendo que não estava mamando. Voltou a colocar o seio na boca do bebê, estimulando-o para mamar. Ela insistiu que não conseguia, a observadora mostrou que o bebê estava sugando novamente e ela disse: “agora, sim. Quando ela pega, dói.” O bebê seguiu sugando e ela disse: “mas ela mama tão devagarinho,

que não sei se tá descendo o leite.” No final deste período o bebê emitiu novamente expressões de sorriso, ela sorriu, dizendo: “tá rindo do que, hein?”.

Já no período de intervenção propriamente dito, a mãe, depois de amamentar Nanda, colocou-a de volta na incubadora para realizar a intervenção. Ela mostrou-se tranqüila e sorridente ao se concentrar em tocar todo o corpo do bebê com as duas mãos, realizando de maneira suave. No início apontou algumas características do bebê, na medida em que ia tocando. O bebê estava dormindo, deitado de barriga para cima, com o rosto virado para o lado oposto à mãe; movimentou-se e espreguiçou-se bastante desde o início da intervenção. Ela dirigiu seu olhar rapidamente para o ambiente por várias vezes, mas sempre atenta ao bebê, que quando emitiu expressões faciais a fez rir. Aos 10 minutos, a mãe, ao ver o bebê espreguiçando-se bastante disse sorrindo: “estão incomodando eu, quem será que está incomodando, eu?” e seguiu massageando, enquanto o bebê permaneceu ativo, mesmo dormindo até o final da intervenção.

Nos minutos logo após a intervenção, o pai estava presente e aproximou-se do outro lado da incubadora, segurando um braço do bebê, que mantinha-se dormindo na mesma posição. Nara estava sorridente, segurando o outro braço do bebê, enquanto falava com o marido. Depois voltou a massagear o corpo do bebê, usando somente uma mão. O bebê continuou a mover-se como no momento da intervenção e a mãe disse: “que coisa mais fofa essa gurria! Ai que vontade de dar uns apertões! Mas tem que esperar um pouco para ela crescer um pouquinho. Mas não vejo a hora de poder dar uns apertos e umas mordidas!” No final ela mencionou o peso do bebê (1510g) para o marido e quanto faltava para poder sair do hospital (490g).

No quarto dia de intervenção, o bebê, com 1535g, estava sendo submetido à fototerapia, pois estava com icterícia. Nara estava tranqüila ao realizar a intervenção. No dia seguinte o bebê permanecia em fototerapia dentro da incubadora. Estava dormindo, e quando a mãe começou a tocá-lo movimentou-se bastante. Após a intervenção, Nara pegou o bebê no colo para a amamentar, mas não quis tirar o tapa-olhos. “Tenho medo de tirar os óculos dela”. Conversou com o bebê carinhosamente pedindo que engordasse para ir para casa.

Já no sétimo dia de intervenção, Nara estava ansiosa, pois o bebê não quisera mamar (1605g). Ela o colocou no seio antes da intervenção, então a observadora aguardou para fazer a intervenção depois. O bebê dormiu durante todo o período, tentando abrir os olhos algumas vezes, e nesses momentos Nara sorriu, olhando para o bebê.

Na oitava intervenção, a qual foi filmada, o bebê estava em berço comum, pesando 1620g, já mantinha a temperatura, não sendo mais necessário a incubadora. No período de interação livre, Nara estava com o bebê no colo. Ela posicionou-o em pé ficando de encontro a seu peito. A observadora notou que ela preocupou-se por não poder realizar um toque como na incubadora, visto que o bebê estava vestido e na incubadora ele ficava sem roupa. Ela procurou, durante todo o tempo ‘massageá-lo’ sob as cobertas. No início ela falou e beijou o bebê na cabeça, depois ficou em silêncio passando a mão por toda a extensão dos cobertores (tronco do bebê), mostrando-se dispersa, olhando para frente, sem um ponto definido. Depois ela alternou momentos em que olhava para o bebê e beijava-o ou falava com ele, e momentos em que dirigiu sua atenção para o ambiente ou conversou com terceiros (auxiliar de enfermagem). No fim, ela disse que ontem várias pessoas da família do marido haviam ido ao hospital para ver o bebê e que todos tinham achado ela pequena: “mas ela é mesmo um toquinho de gente da mãezinha dela”.

Durante a intervenção, Nara colocou o bebê no berço comum para realizar a estimulação, a qual foi feita sob as cobertas do bebê. Ela iniciou sentada ao lado do berço em posição face a face e colocou sua mão sob as cobertas, de forma que ficou em contato direto com a pele do bebê e com a outra mão, ela acariciou a cabeça do bebê. Mostrou-se afetiva, falando com o bebê baixinho, porém por pouco tempo. No final do quarto minuto, ela levantou-se, pois o ferro do berço era alto e estava atrapalhando os movimentos de seu braço. Assim permaneceu até o final do período, alternando momentos de atenção concentrada no bebê e no que estava fazendo e momentos de atenção dirigida ao ambiente. O bebê permaneceu dormindo todo o tempo, e com os movimentos certamente dificultados devido às cobertas.

Logo após a intervenção, a mãe voltou a pegar seu bebê no colo, posicionando-o deitado em seu braço com o rosto bem próximo ao dela (em posição face a face). Ela o embalou e acariciou seu rosto, olhando para ele, sorrindo e algumas vezes beijou-o na testa. Continuou a dirigir sua atenção para o ambiente em vários momentos. O bebê permaneceu dormindo.

Já no 12º dia, Nara estava trocando as fraldas do bebê, com 1760g, quando o observador entrou na sala, e ela não cumprimentou o observador. Falou que o bebê estava frio, vestiu-o com várias cobertas

e colocou-o no colo. Conversou com o bebê. Mostrou-se muito carinhosa com o bebê, massageando-o sobre e sob as cobertas. Disse que estava ansiosa para levá-la para casa. Estava preocupada com a temperatura. No final do período, é tirada novamente a temperatura, como ainda estava baixa, o bebê é colocado em berço aquecido, sem roupas. Nara aproveitou para fazer a estimulação tátil “novamente” já que o bebê estava sem roupas.

Nos dias que se seguiram Nara mostrou-se ansiosa por levar o bebê para casa antes do Dia dos Pais. “Seria um presente para nós.”

A última intervenção foi filmada. Ela estava animada com o peso (1890g), pois a alta estava próxima. Antes da intervenção propriamente dita, Nara estava na sala de amamentação com o bebê no colo. Pediu para realizar a intervenção com filmagem ali mesmo, pois achava que era mais tranquilo que a sala onde o bebê estava. Ela tinha o bebê deitado em seu colo, posicionado face a face. No início esfregou a mão entre as cobertas, falando com o bebê, que dormia, mas movia a cabeça de maneira agitada. Ela o embalou e logo ele voltou a dormir tranquilamente. Havia outras mães na sala, com quem conversou e depois voltou sua atenção para o bebê, que estava com soluços. Ela referiu que no dia anterior havia arrumado a sacola com as roupas do bebê, esperando a alta. No fim, o bebê emitiu expressões faciais de insatisfação e ela aconchegou-o no colo.

No início da intervenção o bebê mostrou-se mais ativo, movendo cabeça e braço, mas ainda com olhos fechados. Nara estimulou-o a acordar, dizendo: “acorda, filha, acorda” enquanto continuou a intervenção da mesma forma que no período anterior. O bebê abriu a boca parecendo que estava procurando o seio e ela disse: “que isso? Tá com fome? Mas tu já mamou hoje”. O bebê emitiu expressões faciais e ela sorriu bastante, depois passou a falar baixinho enquanto acariciava o rosto do bebê ou o tronco sobre as cobertas; porém ela continuou alternando com momentos de atenção dirigida a um ponto indefinido. Aos 6 minutos aproximadamente ela posicionou o bebê face a face, olhando para ele bem próximo, permaneceu um longo período. Após mais de dois minutos, ela falou pelo bebê: “eu quero dormir, me deixem dormir, não quero acordar”. A partir do 8o. minuto voltou à posição e comportamentos anteriores e no último minuto beijou a mão e cabeça do bebê.

Depois da intervenção, ela continuou na mesma posição (com o bebê face a face), acariciando o rosto e falando baixinho com o bebê. Depois, segurando a mão do bebê, falou para a observadora: “ela tem a mão tão pequenininha”. Seguiu falando com o bebê, que emitiu expressões de sorriso, ao que Nara sorriu, mostrando para a observadora. Em seguida ela pediu para que abrisse os olhos, ele abriu um pouco. O bebê emitiu expressões faciais de insatisfação, e a mãe disse que ele queria dormir. Ela continuou pedindo que abrisse os olhos e dizendo que ele não queria. Nos últimos segundos o bebê acordou, e emitiu expressões de sorriso, Nara sorriu para ele. Por fim, Nara mostrou-se cansada e “incomodada”.

Na última entrevista, realizada após a última intervenção, Nara disse que estava feliz porque o bebê já estava pesando 1890g: “Isso quer dizer que logo estaremos em casa. O meu marido também, quer muito isso. É só nisso que falamos: levar a Nanda para casa!”. Em relação ao bebê, achava que estava bem. “Mantendo a temperatura mesmo fora da incubadora, já no bercinho, isso quer dizer que já está pronta para ir para casa, é só chegar nos 2 kg. Estou na maior expectativa!! Adoro estar com ela no colo! Eu faço massagem por baixo das cobertas, e aí ela me olha e sorri. É super bom!! A sensação é ótima. Não dá nem para explicar. Só tendo um bebê e poder ter ele assim no colo para entender”.

Segundo Nara, sua relação com o marido estava boa. Achava que até melhor com a chegada da Nanda. “Estamos mais próximos, mais unidos, dando apoio um ao outro.” Disse ainda, que não tem queixas da equipe, mas sentiu um pouco a falta da primeira médica, quando houve troca de equipes. Sentia-se segura com a nova equipe também. “Preferia o jeito da médica, mas ele também é bom”.

Durante a hospitalização do bebê, Nara ajudou nos cuidados, trocando fraldas, amamentando, dando banho: “acho que fazia e faço de tudo”. Nara gostou de participar do estudo. “Ajudou sim, e muito. Ainda esses dias eu disse para minha irmã: se não fosse as psicólogas teria sido muito mais difícil para mim e para a Nanda... Queria muito agradecer, nunca vou esquecer”.

O bebê recebeu alta dois dias depois, com 1960g.

Díade 3

O bebê pré-termo Taís é a primeira filha de Sandra, que tem 19 anos e reside com o namorado, em Porto Alegre. Estudou até o 2o grau completo e não trabalha. Seu companheiro, Rogério, 40 anos, é chefe de uma oficina de jet-ski.

Sandra estava morando com o namorado há 2 anos, quando decidiram ter um bebê. Depois de um ano, ela engravidou. Quando soube da gestação, já estava com 3 meses. “Menstruei 3 meses mesmo grávida, senti uma emoção muito grande. O pai do bebê ficou o maior bobo do mundo.” Todas as pessoas da família dela adoraram a notícia. “Ele (pai) tem só 1 irmão. É a primeira neta. Então, imagina a festa!!” Senti azia e vômito durante quase toda a gestação.

A mãe queria que fosse um menino e o pai queria que fosse menina. Na quarta ecografia foi possível identificar o sexo (menina). Ela disse que na hora ficou um pouco decepcionada, depois pensou, “tanto faz, desde que venha com saúde... e depois posso ter outro.” O pai quem escolheu o nome, o escolheu por ser um nome diferente, não ser popular.

Ela não tinha nenhum problema de saúde durante a gestação. Sua maior preocupação durante a gestação foi o “medo de perder... tinha muito medo...”. Sua gestação foi normal. Sentiu-se “super bem. Emoção grande quando começou a mexer”. Mas um mês antes do parto apresentou dilatação e líquido amniótico reduzido, o que determinou o parto prematuro.

O parto foi “super rápido” para Sandra. “Vim para controle e acabou sendo indicado para cesárea. Não deu tempo de sentir nada. Depois fiquei um pouco preocupada com o bebê... Foi muito rápido. Não pude ver o bebê direito, os médicos logo levaram ela para o berçário. Eu fiquei preocupada, tinha medo que ela não sobrevivesse. Me tranqüilizei quando cheguei perto dela dentro da incubadora. Me tranqüilizei porque vi que ela estava bem. Levou 24hs para que eu pudesse ver. Estava muito preocupada. Os médicos não deram garantias logo após o parto...” O bebê nasceu com 31 semanas de idade gestacional, pesando 1120g e sem problemas de saúde. Seu APGAR foi 8 no primeiro minuto e 9 no quinto minuto.

No momento da entrevista, Sandra sentia-se angustiada porque apesar do bebê ter nascido bem de saúde, nos últimos dias tinha ido para o isolamento. Estava eliminando fezes com sangue, sendo necessário isolá-lo dos outros bebês. Estava fazendo uma série de exames, o que estava preocupando-a. “Fazendo exames, fez raio X. Mas o fato de trocar de sala é que me deixa preocupada. Ela está deixando resíduo. Agora está sem mamã por causa do sangue nas fezes. Já perdeu 50g”.

Achava que não era difícil ver Taís na incubadora: “Estávamos preparados. Os médicos tinham nos avisado que ela teria que ficar na incubadora por alguns dias”. Disse ainda que tinha uma ótima relação com o marido. “E a nenê veio a nos aproximar mais”.

Sandra achava que a equipe era muito boa e sentia-se segura com eles. “O médico é japonês, e isso me tranqüiliza. Japonês quer dizer super inteligência”.

Ao final da entrevista, Sandra disse que tinha medo de segurar o bebê, medo de machucar e medo de trocar as fraldas.

Observações durante Intervenção

Esta díade foi convidada para participar do estudo no 6o. dia de vida do bebê, e foi designada para a intervenção envolvendo estimulação tátil. A mãe recebeu com atenção a orientação sobre a intervenção e no início mostrou-se angustiada porque o bebê estava na sala de isolamento, mas se esforçou em realizar o que lhe havia sido proposto. Ela iniciou tocando mais nas costas do bebê, e com a orientação da observadora, logo se dedicou a tocá-lo em todo o corpo, que se espreguiçou bastante. O bebê estava sem receber alimentação (com 1050g), estava sendo submetido à fototerapia e usava um “tapa-olhos” para protegê-lo contra a luminosidade. A mãe realizou a estimulação tátil sem retirar o “tapa-olhos”: “tenho medo de machucá-lo ao retirar os “óculos”.

No dia seguinte, o bebê já estava recebendo alimentação e pesava 1060g. A mãe estava mais tranqüila, pois o bebê estava melhor: “estou feliz porque suspenderam os antibióticos e voltaram a alimentação”. Prefere fazer a estimulação tátil “com a luz e óculos no bebê, a qual é filmada. No período anterior à intervenção, o bebê estava na sala de isolamento, dentro da incubadora e a mãe posicionou-se em pé ao lado da incubadora. A mãe tinha a aparência muito séria, tocava as pernas de seu bebê com a ponta dos dedos e se distraía com o barulho da UTIN. Quando o bebê se mexia, ela tirava a mão como se não quisesse incomodá-lo. Antes de ser interrompida pela auxiliar, ela manuseou o bebê, colocando-o em uma posição aparentemente mais confortável, mas ele continuava de bruços e com o rosto virado para o lado oposto ao que ela se encontrava. Sandra parecia preocupada com a sonda orogástrica e, durante algum tempo, ficou tentando arrumá-la de forma a não incomodar o bebê. O bebê se acalmou e ela continuou a tocá-lo nos pés com uma mão e a cabeça com outra.

Durante a intervenção propriamente dita, Sandra massageava o tronco de seu bebê com uma mão e com a outra acariciava-lhe a cabeça. A UTIN estava bastante barulhenta e isso parecia perturbar-lhe a concentração. Ela massageava todo o corpo de seu bebê, mas claramente fixava-se no tronco. O bebê estava calmo e se mexia pouco, parecendo dormir. A maneira de Sandra massagear era lenta e carinhosa e, mesmo quando parecia prestar atenção na movimentação da UTIN, não parava de massagear sua filha. A mãe manuseou seu bebê de forma a deixá-lo mais confortável na incubadora. A mãe foi novamente interrompida pela auxiliar a fim de que fossem administrados os medicamentos ao seu bebê via sonda orogástrica. O bebê permaneceu calmo. Sandra fez algumas perguntas à auxiliar e continuou a massagear-lhe o tronco.

Depois do período de intervenção, Sandra tocava a perna do bebê com as pontas dos dedos e com a outra mão acariciava-lhe os cabelos. Parecia bastante distraída com outras conversas na sala. O bebê movimentou o tronco e ela observou-o sem tocá-lo. O bebê permaneceu dormindo com o rosto virado para o lado oposto à sua mãe.

No quarto dia de intervenção, o bebê já tinha saído do isolamento, estava em outra sala. A mãe aparentava bastante abatimento, relatou que tinha pouco leite porque o seu bebê nunca mamou no seio e que a médica estava preocupada porque, apenas com o uso da máquina, o leite iria acabar secando. Disse também que as enfermeiras haviam dito que ela fosse para casa descansar. Em alguns momentos durante a intervenção a mãe pareceu estar evitando o choro. Ela concentrou a massagem nos pés, pernas e cabeça do bebê, mas às vezes se detinha no rosto, tocando-o em cada contorno. O bebê parecia tranqüilo durante a intervenção, não abriu os olhos, mas em alguns momentos parecia se acomodar ao berço. Quando massageado no braço o bebê se assustou um pouco e emitiu uma expressão facial de insatisfação, porém logo pareceu se acostumar.

Já no dia seguinte, a mãe aparentou melhora de humor. Contou para o observador, feliz, que o bebê havia aumentado 20g e que também haviam aumentado a quantidade de comida para ele. No início o bebê pareceu assustar-se quando tocado nos pés. Mexeu braços e pernas constantemente e apresentou soluços por algum tempo. A mãe fez bastante carinho nos cabelos e nuca do bebê. Relatou que o bebê ainda não havia acordado naquele dia, apesar das enfermeiras mexerem bastante com ele (eram 10 hs). Segurou a mão do bebê, ele pareceu acalmar-se, mas logo voltou a mover-se. O soluço passou e o bebê continuou a mover-se apesar de aparentar estar dormindo. Se espreguiçou. A mãe estava concentrada no que fazia, desviando poucas vezes seus olhos do bebê. O bebê parecia mais confortável com as carícias na cabeça e na nuca, mas ao mesmo tempo encolhia as pernas quando tocado nos pés.

A oitava intervenção foi filmada. Nos minutos que antecederam a intervenção, o bebê estava em fototerapia e a mãe, com as duas mãos, massageava-lhe o tronco e os braços. O rosto do bebê estava para o lado oposto ao de sua mãe. Sandra massageava todo o corpo do bebê com as pontas dos dedos e lentamente. Ela se distraiu poucas vezes e pareceu bastante concentrada em seu bebê, não tirando os olhos dele. O bebê se mexia com frequência, principalmente as pernas e o tronco, mas Sandra não interrompia a massagem.

Durante a intervenção, Sandra massageava o tronco do bebê com uma mão apenas. O bebê continua com o rosto virado para o lado oposto mas isso não parecia incomodá-la. Ela também concentrava a massagem no pescoço, na cabeça e nos braços do bebê. Por algum tempo ela segurou a mão do bebê com uma de suas mãos esticando-lhe o braço e com a sua outra mão massageou o braço em toda a sua extensão. Depois disso voltou a massagear as costas e a cabeça com a ponta dos dedos. Algumas vezes o bebê parecia se encolher quando a mãe massageava próximo ao seu pescoço, ela então mudava o foco da massagem para as pernas ou cabeça. A mãe parecia um pouco cansada e, por volta dos 5 minutos bocejou e passou a distrair-se com mais frequência. Aos 10 minutos a mãe passou a utilizar as duas mãos para tocar o bebê, uma mantinha-se na cabeça e a outra percorria-lhe as costas e as pernas. Depois disso voltou a acariciar-lhe as costas e pernas com apenas uma das mãos. O bebê mexeu-se pouco, encolhendo-se algumas vezes, mas parecia dormir tranqüilo.

Depois da intervenção, a mãe massageava as costas do bebê com uma mão e com a ponta dos dedos. Acariciava-lhe também a cabeça e o pescoço. Sandra parecia ter a precaução de tocar todo o corpo de sua filha e fazia isso com carinho. Ela distraiu-se ouvindo outras conversas na UTIN, mas não parou de tocar seu bebê. Durante este período a mãe apareceu bem mais dispersiva que no anterior, e o bebê mexeu-se com mais frequência, mas ainda dormia com o rosto para o lado oposto ao de sua mãe.

No nono dia de intervenção, a mãe referiu que a médica não sabia dizer o porquê dos remédios, parecendo um pouco chateada. Disse ainda, que o pai do bebê falou que a médica é fraca. A observadora sentiu que Sandra sentia-se bem à vontade para conversar com ela. O bebê movimentou-se logo no início da intervenção e emitiu sinais faciais de insatisfação; mãe disse que o bebê tem chorado quando

manipulado: “Ela é brava!”. Realizou a estimulação tátil no bebê com o rosto virado para o lado oposto de onde ela estava. A mãe é interrompida por uma auxiliar que veio examinar o ‘abocat’, e o bebê mostrou sinais de estresse chorando. A auxiliar virou o rosto do bebê para aonde a mãe estava e ela disse: “Sempre dormindo. Só abre um olhinho.” Depois a auxiliar cobriu o bebê com uma fraldinha para não esfriar enquanto a mãe tocava. Ela massageou por cima da fralda e às vezes colocou a mão por baixo da fralda até o final do período. O bebê permaneceu calmo, dormindo.

No dia seguinte, a mãe estava preocupada com a febre que o bebê estava apresentando. Antes da intervenção ela ajudou com a alimentação. Durante a intervenção ela demonstrou tristeza e preocupação pelo “vírus no sangue” (infecção) e temperatura (38°). Mostrou-se cansada; olhou para o bebê por longo tempo apoiada na incubadora. O bebê estava dormindo profundamente, pois era logo após a mamada; movimentou-se pouco.

No 11º dia de intervenção, a mãe falou da recente perda de peso do bebê com tristeza. O bebê estava de braços e parecia gostar da massagem nas costas, mas quando a massagem foi feita nos braços e pernas, ele mexeu-se bastante. O bebê dormia, mas era clara a sua preferência pela massagem nas costas e cabeça devido a seu maior estado de relaxamento muscular nestes momentos. A mãe olhou fixamente para o bebê, algumas vezes esboçando um leve sorriso. Após a intervenção, a observadora notou que Sandra conversava bastante com o seu bebê, apesar de não fazer isso durante a intervenção. Sandra pôde pegar seu bebê no colo pela primeira vez neste dia, o que a deixou muito feliz.

A 15ª intervenção foi filmada. O bebê movimentou-se bastante. Em alguns momentos deu sinais faciais de insatisfação. A observadora sentiu-se angustiada. No período anterior à intervenção, o bebê dormia e Sandra, apoiada com o braço e rosto sobre a incubadora, olhava a filha sem tocá-la. Por volta dos 2 minutos, ela se desencostou da incubadora e continuou a olhar o bebê sem distrair-se. Taís começou a movimentar-se bastante, Sandra voltou a se apoiar na incubadora, demonstrando certo cansaço. Ela manuseou as pernas do bebê, colocando-as no lugar onde estavam antes deste começar a se mexer. Mexeu novamente a portinhola e continuou a observar seu bebê, apoiada sobre o braço.

Durante a intervenção, Sandra massageava o tronco do bebê, e tocava com a outra mão a cabeça. O bebê, como no período anterior, manteve o rosto virado para o lado de sua mãe. Taís movimentou-se bastante especialmente o tronco e as pernas. Apresentou, ainda, alguns movimentos involuntários nos braços. Sandra, percebendo isso, parou de tocá-la por alguns instantes e em seguida diminuiu a intensidade de seu toque, acariciando-a apenas na cabeça. Ela distraiu-se algumas vezes, mas não parou de tocar seu bebê com ambas as mãos, massageando-o em todo o corpo, especialmente as costas. Ao longo do tempo, o bebê parecia dormir mais calmamente, mexendo-se com menos frequência.

Nos minutos de interação livre após a intervenção, o bebê continuou dormindo e Sandra acariciou-o na cabeça com as pontas dos dedos. Algumas vezes ela usou a outra mão para massagear o tronco do bebê, mas logo parava e continuava apenas a tocá-lo na cabeça e rosto. Ela olhava carinhosamente para seu bebê e este parecia tranqüilo.

Na última entrevista, realizada após a última intervenção, Sandra disse que estava sentindo-se “cansada... mas estou bem”. Achava que seu bebê estava bem. “Fisicamente está ótima! Ganhando peso... Não teve mais febre”. E se achava acostumada com a incubadora. “E eu pego ela sempre que dá, daí sinto ela mais perto de mim”.

Sandra disse que o pai do bebê estava ótimo: “Ele sempre vem, fica bem bobo quando vê ela”. Sobre a relação do casal, ela referiu que estava cada vez melhor. “Mesmo que eu não esteja ficando em casa bastante tempo, tô a maior parte do tempo aqui, ele entende, e diz que eu posso vir. E daí ele vem à noite, e voltamos para casa juntos.”

Quando questionada sobre o que achava da equipe, Sandra respondeu: “Mudou de equipe, né?! O Dr. Mino foi para a Califórnia. E a residente que está com ela agora não é tão boa. Acho ela insegura, e não sabe explicar as coisas direito... E isso me deixa insegura também”. Sandra prestou cuidados ao bebê durante a internação: “Faço de tudo. Ajudo a dar o mamã pela sonda, troco fraldas, arrumo a caminha, tiro e boto na incubadora...”

Por fim, Sandra relatou ter gostado de participar do estudo. “Ajudou muito! Eu já tocava nela, como te disse. Todos os dias, mas pouquinho, não seria como tu me ajudou a fazer... E assim, todos os dias e bastante tempo realmente faz diferença... Me sinto super bem com ela, não tenho mais medo de pegar no colo, é super gostoso...”

O bebê recebeu alta hospitalar 25 dias depois, pesando 1960g.

Díade 4

O bebê pré-termo Raquel é filha de Valéria que tem 31 anos, casada há 11 anos com Clênio de 35 anos, e têm duas filhas de 10 e 9 anos. Residem na grande Porto Alegre. Valéria fez magistério e é professora primária, e Clênio estudou até a 7ª série e é motorista.

Valéria disse que não sabia se queria engravidar. “eu parei com a pílula e disse, se vier veio, vou deixar nas mãos de Deus. Acho que queria e não queria”. Ficou surpresa quando soube, através de seu ginecologista, que estava grávida. “Fiquei surpresa, mas fiquei feliz”. Disse que o marido ficou muito feliz com a notícia, pois queria muito outro filho. Suas filhas receberam muito bem a notícia, a qual veio no mesmo dia do aniversário da mãe de Valéria e por isso comemoram tudo junto.

Durante a gestação, Valéria sentiu-se mal, pesada e deprimida. Teve vários problemas e preocupações, pois saiu da diretoria da escola onde trabalhava e se incomodou com colegas. Sentiu enjôos, azia, dores de cabeça. “Havia sempre uma coisa”. Achava que o bebê não mexia, não sentia que estava grávida. Foi acreditar na gestação quando fez a primeira ECO. “Foi diferente das outras. Não me sentia grávida, a barriga não cresceu muito. O bebê não mexia muito, isso me deixava preocupada. Ela podia estar atravessada”. No final da gestação Valéria apresentou pressão alta e retenção de líquido.

Valéria queria que o bebê fosse um menino por causa do marido, apesar dele dizer que queria que fosse uma menina. Preferiram saber o sexo somente no nascimento. O nome já tinha sido escolhido antes do parto. Se fosse menina seria Raquel. Valéria que escolheu, e diz que não sabe porque, sempre gostou deste nome.

Foi necessário que Valéria ficasse hospitalizada devida à pré-eclâmpsia. No sexto dia de hospitalização, os médicos indicaram o parto prematuro. Valéria vivenciou toda a preparação para o parto como algo muito difícil. “Me senti egoísta ao pedir para o médico para ser feito a cesárea, mas eu estava com medo, me deformando de inchada”. Achava que o bebê “nasceu bem, pois estava respirando bem”. O bebê nasceu com 29 semanas de idade gestacional, pesando 1255g e sem problemas de saúde. Seu APGAR foi 7 no primeiro minuto e 9 no quinto minuto. Recebeu O2 por campânula durante 4 dias.

Quando Valéria viu seu bebê pela primeira vez na incubadora na Unidade Neonatal disse que “Foi difícil... ver ela com O2, soro, sonda... achei ela feinha. Mas tive que ser forte!”

Na ocasião da entrevista Valéria disse que já estava acostumada a ver seu bebê dentro da incubadora. “Acho ela bonitinha agora”. Achava que o pai do bebê estava enfrentando bem a situação. “Melhor do que eu esperava. Ele era cagão, tá sendo forte agora. Assumiu a casa, as filhas. Tá tudo valendo a pena, porque ele amadureceu”. Referiu achar que a relação deles estava ótima.

Com relação à equipe que atendia a Raquel no hospital, disse sentir-se insegura com os residentes, por serem novinhos e mudar toda a hora.

Observações durante Intervenção

Esta díade (Valéria e Raquel) foi convidada a participar do estudo no 6º dia de vida do bebê, e designada para a intervenção envolvendo estimulação tátil. A mãe recebeu com atenção a orientação sobre a intervenção e no início mostrou-se tranqüila e se esforçando para realizar o que lhe havia sido proposto. Ela iniciou falando um pouco ao mesmo tempo que tocava seu bebê, mas logo parou e se dedicou a tocá-lo em todo o corpo. O bebê estava sendo submetido a fototerapia e usava um “tapa-olhos” para protegê-lo contra a luminosidade. A mãe realizou a estimulação tátil sem retirar o “tapa-olhos”. O bebê estava pesando 1030g.

O segundo dia de intervenção foi filmado. O bebê estava pesando 1050g. O ambiente estava muito barulhento, pois havia sons de monitores e estava ocorrendo uma reunião de médicos, onde discutiam sobre outro bebê da mesma sala. Raquel estava dormindo, deitada de costas dentro da incubadora. Estava com sonda orogástrica, e por isso apresentava um esparadrapo entre o nariz e a boca. Recebia medicação via venosa, apresentando um abocat envolto por gazes em seu braço direito.

Antes da intervenção, Valéria se colocou ao lado esquerdo da incubadora, pois era para este lado que seu bebê estava com o rosto virado. Olhou para o bebê enquanto o tocava, e conversava com ela tentando acordá-la. A observadora perguntou-lhe se ela mamara há pouco tempo, e Valéria respondeu que sim, argumentando ser este o motivo de Raquel não acordar. Referiu que quando chegou na UTIN o bebê estava acordado, olhou para ela, “depois dormiu e mamou dormindo”.

A mãe mostrou-se com a sua atenção voltada para o bebê, porém voltava-se ao ambiente várias vezes. Tocava e massageava todo o corpo do bebê, e principalmente o braço esquerdo, mais próximo a ela. Referia que o bebê “tem a pele bem macia”, fazendo carinho em seu rosto. Em seguida a mãe comentou “tá quase com bochecha, já”, referindo que o bebê estava ganhando peso. Ao final dos 5 minutos, a mãe realizou vários toques mais caracterizados como carinhos do que massagem propriamente dita, enquanto bebê dormia e não se movimentava.

No período de intervenção propriamente dito, Valéria sentou-se ao lado da incubadora e virou o bebê de lado, colocando-o em posição face a face. O bebê estava dormindo. Falava com o bebê enquanto tocava. Depois acomodou o bebê em melhor posição. Neste momento parou de falar com o bebê.

Em seguida conversou com a observadora, referindo preocupação com a oscilação do ritmo de respiração do bebê, depois disse que “é normal, né? Ela é muito magrinha”. Apontou algumas características do bebê, enquanto o tocava, como: “o pé dela é enorme (sorri), bem comprido”. O bebê movimentou-se e abriu os olhos. Ela disse “ó, tá acordando!”. Neste momento, aproximou-se mais do bebê para falar mais de perto, demonstrando satisfação por vê-lo abrir os olhos. Então o bebê espreguiçou-se e ela disse: “ai, que preguiça”. O bebê voltou a fechar os olhos, e ela pediu: “abre os olhinhos”, colocou a mão sobre o rosto tentando fazer sombra para o bebê, depois o balançou segurando a fralda enrolada atrás de suas costas (usada como suporte para que ela fique de lado).

A mãe começou a falar e balançar o bebê na tentativa de despertá-lo, e o bebê fez expressão facial de insatisfação, mas Valéria seguiu estimulando-o. O bebê movimentou-se bastante e a mãe parou de tocá-lo, passando apenas a observá-lo sorrindo. Quando o bebê realizou uma expressão de “sorriso”, ela disse: “ela tá sorrindo”, se aproximou mais, colocando o rosto na portinhola e sorrindo para o bebê. “Ai que lindo” e sorriu.

Depois ela levantou-se e pegou o bebê nas mãos o elevando dentro da incubadora. O bebê abriu os olhos e ela o embalou e voltando a colocá-lo sobre o colchão. Então sentou-se e voltou a massagear o corpo do bebê com atenção.

O bebê emitiu uma expressão facial de insatisfação, parecendo que ia chorar. Ela disse: “tá, tá” segurando sua barriga com a palma da mão e o embalando. O bebê emitiu uma expressão de “sorriso” e ela sorriu. O bebê “sorriu” várias vezes, e Valéria mostrou-se contente, sorrindo bastante e mostrando para a observadora que o bebê estava sorrindo. “Tá gargalhando, já”.

Depois do período de intervenção, Valéria iniciou falando ao mesmo tempo em que massageava seu bebê. Raquel continuou dormindo e emitindo expressão de ‘sorriso’, o que fazia com que Valéria também sorrisse. A mãe levantou-se e elevou o bebê dentro da incubadora, embalando-o. Em seguida colocou o pé do bebê para fora da incubadora para que pudesse beijá-lo. Ela o elevou novamente, posicionando-o face a face e neste momento ele abriu os olhos. Após ajeitá-lo novamente no colchão da incubadora, Valéria passou a somente tocar o corpo de Raquel, principalmente a cabeça, parando de falar. O bebê abriu os olhos várias vezes e a mãe sorriu satisfeita. E ao final deste período, Valéria conversou com a observadora, apontando algumas características do bebê.

No início do terceiro dia de intervenção, Valéria referiu que passava todo o dia ao lado de Raquel. Demonstrou sentir satisfação ao realizar a estimulação tátil e disse que achava muito importante para ela e para o bebê: “fico quase todo o dia tocando nela”. Valéria comentou que havia recebido alta hospitalar e que ficaria hospedada no albergue do hospital até o bebê receber alta. A observadora percebeu que a mãe estava tranqüila e muito afetiva ao realizar a estimulação tátil. Fato que se repetiu ao longo dos dias seguintes, onde a mãe voltou a expressar sua satisfação com a intervenção: “é muito bom sentir o calorzinho e o corpinho dela, passa uma coisa boa... intimidade...” O bebê estava pesando 1080g.

A partir do quarto dia de intervenção foi permitido pela equipe médica que a mãe pegasse Raquel no colo, fato que deixou a mãe extremamente feliz. Ela falou que estava tentando se manter calma afim de transmitir calma ao bebê e que estava feliz por ele estar bem. Disse também que gosta de pressionar o toque no bebê: “É para ela sentir bem!”.

Já sétimo dia de intervenção, Valéria disse que a filha estava ficando cada vez mais linda e que estava impressionada com o quanto Raquel estava esperta e parecendo que compreendia tudo; pesando 1190g. O bebê dormia até a mãe começar a massageá-lo, quando então permaneceu alerta e ativo. A mãe parecia vinculada e confiante, e falou para a observadora que sua filha gostava de carinho. Nos minutos finais o bebê parece sonolento.

A oitava intervenção foi novamente filmada. O bebê estava pesando 1250g. No período anterior à intervenção, Valéria iniciou falando ao tocar, posicionando-se face a face e pedindo para que ele

acordasse. Após aproximadamente um minuto ela passou a somente massageá-lo, falando poucas vezes. O bebê permaneceu dormindo, movimentando-se em alguns momentos. A mãe, novamente, aponta características do bebê ao falar com a observadora: “O pezinho está mais gordinho...”

No início do período de intervenção, Valéria atendeu o bebê, trocando a fralda. O bebê estava alerta e movimentado-se. Ao terminar de trocar a fralda, a mãe realizou a estimulação tátil em seu bebê, e também falou. Quando o bebê virou o rosto para o lado oposto, ela cuidadosamente, virou-o para o lado onde ela se encontrava e depois posicionou-se face a face, respondendo às expressões de ‘sorriso’, sorrindo também.

Valéria sentou-se facilitando a posição face a face. Quanto mais o bebê olhava em sua direção, mais ela falava com ele, tocando-o em todo o corpo. Porém, houve momentos em que ela só tocou, parando de falar. O bebê permaneceu até o final do período alerta e movimentando-se.

Logo após a intervenção, a mãe sentou o bebê dentro da incubadora, apoiando as costas e cabeça do bebê com a palma da mão. Desta forma o bebê ficou melhor posicionado face a face, então ela falou com ele, enquanto este permanecia alerta olhando em sua direção. Depois ela o elevou, embalando-o dentro da incubadora e tornou a sentá-lo, fazendo carinho em seu rosto. Por fim, Valéria voltou a deitar o bebê na incubadora. O bebê dormiu, e a mãe permaneceu apenas tocando-o até o final do período.

Valéria mostrou-se desanimada no 10o. dia de intervenção e disse que gostaria que o bebê tivesse ganho mais peso, para ir logo para casa: “aumentou 30g só, melhor que nada”.

No dia seguinte, o bebê estava dormindo durante a intervenção e a mãe massageava-o com as duas mãos, mas passou a fazê-lo apenas com uma para poder fechar uma das portinholas, afim de manter a temperatura na incubadora. Referiu que não pegou o bebê no colo no dia anterior, porque este estava espirrando um pouco e ela não quis colocá-lo em temperatura mais baixa. Valéria olhou carinhosamente para a filha e lhe massageou o corpo todo lentamente. Ao término da intervenção, a mãe comentou para a observadora que estava feliz porque o dia seguinte seria sábado, e sua família viria visitá-las. O bebê estava pesando 1340g.

No 15º dia a filmagem foi interrompida, pois além de o bebê estar fazendo apnéias, ele vomitou no início da intervenção, o que deixou a mãe muito ansiosa e sentindo-se culpada - o que foi reforçado pela acusação de uma auxiliar de enfermagem. Devido ao problema respiratório o bebê foi colocado em campânula a 30 % de oxigênio. O bebê estava pesando 1490g.

Foi necessário aguardar dois dias para que o bebê estivesse estável, a mãe mais tranqüila, e então, fosse possível realizar a última filmagem. O bebê estava com o saturômetro no pé esquerdo para medir o nível de oxigênio. Antes da intervenção, o bebê estava alerta. Valéria percebeu que ele estava com os olhos abertos e passou a falar com o bebê enquanto massageava-o, posicionando-se face a face. Quando o bebê movimentava-se bastante ela parava de tocar, observando-o.

Uma auxiliar se aproximou para dar medicação para o bebê. Falou com Valéria, que respondeu, e continuou massageando seu bebê. Depois que a auxiliar se retirou ela seguiu massageando seu bebê, e dirigindo sua atenção várias vezes para o ambiente, o qual estava com bastante barulho, pois haviam várias pessoas conversando. Ela permaneceu massageando todo o corpo do bebê até o final do período, falando poucas vezes: “mimosa, querida”. O bebê dormiu nos últimos segundos.

No período de intervenção, Raquel, no início, estava dormindo e sem movimentar-se. Valéria se concentrou no que estava fazendo (estimulação tátil), olhando para o bebê, porém dirigiu sua atenção várias vezes para o ambiente. A mãe aparentava cansaço, apoiando-se na incubadora, mas sem parar o que estava proposto. Após 3 minutos de intervenção o bebê começou a se movimentar, principalmente as pernas, e quando mexia-se muito, Valéria parava de tocá-lo, observando-o, para em seguida voltar a massageá-lo.

A mãe aproximou mais seu corpo ao do bebê e disse: “Só dorme! Que soninho bom, né filha!” e seguiu massageando-o. Outra mãe falou com ela, que respondeu sem parar o que estava fazendo. Depois voltou a olhar para Raquel, que seguia dormindo e inativa.

Do sexto minuto até o final do período Valéria tocou em todo o corpo do bebê lentamente, o qual movia-se algumas vezes, e dirigiu sua atenção para o ambiente em vários momentos, sempre tocando o bebê. Ao término, Valéria disse para a observadora que Raquel se acalmou com a massagem, que “ela estava bem agitadinha antes, e agora acalmou”.

Nos minutos logo após a intervenção, o bebê permaneceu dormindo e sem movimentar-se. Até o final do primeiro minuto Valéria realizou a intervenção tátil tranqüilamente, olhando para o bebê. Depois

mostrou-se preocupada, pois a saturação do bebê baixou muito e tocou o alarme do saturômetro, ela o sacudiu, na tentativa de ajudá-lo a voltar a respirar. Olhou várias vezes para a observadora, mostrando-se ansiosa. Veio uma auxiliar de enfermagem verificar a saturação, e Valéria explicou para ela que caiu muito, chegando a 45% e que ela estava preocupada. As duas conversam sobre o bebê, e Valéria continua a estimulá-la, principalmente sacudindo-a, conforme os médicos haviam instruído se o bebê parasse de respirar. As duas chegaram a conclusão de que Raquel estava bem, pois mostrava uma boa cor (não cianótica). A auxiliar ajeita o saturômetro no pé do bebê, trocando o esparadrapo, então a saturação volta ao normal. Depois disso, Valéria mostrou-se mais tranquila. Com o manuseio da auxiliar, o bebê acordou, e a mãe conversou com ele até o final do período, enquanto a toca.

Durante este 17º dia o bebê encontrava-se estável, sem realizar apnéias e a mãe brincou dizendo: “não esquece de respirar, hein filha!” O bebê estava pesando 1530g.

Na última entrevista, Valéria disse achar que massagear o bebê ajudou muito a sentir-se mais próxima dele. “E a ela prestar mais atenção em mim... me conhecer... acho que foi fundamental, que ajudou muito”. Referiu, ainda, que sentia-se mais tranquila; principalmente por ter passado as apnéias. “Ontem eu estava insegura porque a Raquel fez apnéias.”

Com relação à incubadora, achou que a campânula dificultou um pouco o contato, “mas agora já estou melhor, já troco fralda, dou mamá, limpo a sondinha, faço de tudo, só não a medicação.”

Disse, ainda, que seu marido estava muito preocupado com o bebê, que queria vir no dia anterior para vê-lo por estar doente. E ela o convenceu de que não era necessário, de que ele devia ficar com as outras duas filhas em casa. “Acho que a nossa relação está muito boa. Apesar da distância... nos falamos por telefone duas vezes por dia. Ele liga perto do meio-dia e depois às oito da noite. Nos gostamos muito e eu sinto falta dele, acho que também sente a minha. Não por causa da casa, que ele está dando conta sozinho, mas sentimos falta de estarmos juntos. E isso é a Raquel que está nos ajudando a ver”.

Com relação à equipe, Valéria referiu continuar achando-os competentes, mas ficava insegura “quando um diz uma coisa e vem outro e diz outra”.

Quando questionada sobre o que achou de participar do estudo, ela respondeu: “Simplesmente adorei!! Foi a melhor coisa que aconteceu aqui, depois de todo esse susto!! Realmente é muito importante. As conversas, a atenção que tu nos deu, as orientações, tudo. Seria bom se toda mãe que tivesse bebê prematuro pudesse ter uma ajuda como eu tive de ti. Principalmente ajudou eu me sentir bem com minha filha, sentir ela realmente como minha filha”.

O bebê recebeu alta hospitalar 16 dias depois, pesando 1920g.

Díade 5

O bebê pré-termo Guilherme é o primeiro filho de Bianca, que tem 33 anos. É casada há 5 anos e reside com o marido, em Porto Alegre. Estudou até o 2º ano do 2º grau e trabalha como babá de crianças. Seu marido, João, 34 anos, trabalha como autônomo e estudou até o 2º grau completo.

Na primeira entrevista, realizada no dia seguinte após o consentimento em participar do estudo e com Bianca ainda hospitalizada, ela disse que sentia-se melhor naquele momento, pois achava que estava se recuperando de uma vivência que não tinha sido nada fácil, um parto prematuro.

Segundo Bianca, estava tentando engravidar há muito tempo. Havia engravidado em 1994, mas sofreu um aborto espontâneo. Nesta ocasião ficou sabendo que tinha o diagnóstico de Diabetes Melitus. Nesta época ficou muito abalada emocionalmente, e realizou tratamento psiquiátrico, o que a ajudou bastante.

Após o aborto, Bianca ficou sem menstruar vários meses, por isso sempre estava na expectativa de estar grávida: “daí eu fazia os exames, e nada!” Disse que em 1997, “menstruei em janeiro e fevereiro, daí larguei de mão, em março estava grávida.” Quando soube que estava grávida, “fiquei com o sorriso nas orelhas”, mas sentiu medo de passar por um aborto novamente. Disse que seu marido ficou muito feliz com a notícia. As pessoas de sua família receberam a notícia com grande alegria: “fui criada pela minha avó, minhas tias são como irmãs. Todas gostaram muito da notícia”. As pessoas da família dele “gostaram ainda mais, pensavam que eu não ia engravidar nunca.”

Sentia-se muito insegura, e só foi sentir-se grávida no quinto mês, quando o bebê começou a se mexer. E não sentiu nenhum desconforto durante a gestação. A maior preocupação que Bianca teve

durante a gestação foi “medo de abortar”. Tinha medo que isso acontecesse principalmente devido a seu problema de saúde, a Diabetes. Ela contou que a gestação foi difícil, “sinto remorso, porque queria que ele saísse de mim logo. Eu tive que internar várias vezes por causa da diabete, e já estava toda inchada, queria tirar ele para terminar tudo logo.”

Bianca ficou sabendo do sexo do bebê em uma ecografia. Disse que queria uma “guria, por ser mais minha, mais caseira”. O marido queria que fosse menino, e por isso adorou quando soube que era o que queria. O nome já estava escolhido desde a outra gestação; é o nome do avô (pai de Bianca).

Bianca já estava hospitalizada há um mês para controle da diabete, quando os médicos acharam que seria mais adequado realizar o parto prematuro. Bianca disse que vivenciou o parto com muita dor. “Eu gritava de dor. Tive que morder o lençol, e xingava o João. O bebê não chorou logo que nasceu. Senti uma emoção enorme... quase chorando, mal pude ver ele, porque meus olhos estava cheios de lágrimas. Só vi a bundinha e vi que era gurizinho. Quando ouvi o choro dele, era bem baixinho - parecia um ratinho”. Bianca achou que o parto foi sofrido para o bebê. “Ele tava roxinho...” O bebê nasceu com 29 semanas de idade gestacional e pesando 1595g. Nasceu com esforço respiratório débil e frequência cardíaca baixa. Seu APGAR foi 3 no primeiro minuto e 7 no quinto minuto. Foi colocado em O2 por câmpnula com melhora rápida, sendo retirado em 24 hs.

Ela foi ver Guilherme na incubadora pela primeira vez no dia seguinte ao parto. “Me senti deprimida, chorei. Achei ele tão frágil, dependente e não posso fazer nada... não posso pegar...” E no dia da entrevista, continuava sendo difícil para Bianca ver seu bebê na incubadora. “Tenho dificuldade para tocar nele... tão frágil... tão pequenininho”. Com relação ao marido, disse que ele é muito fechado. Não fala para ela como está se sentindo, e nem deixa mostrar seus sentimentos. “Quando eu chorava ele dizia que se eu chorar ele ia embora. Terça eu chorei o dia inteirinho”.

No momento da entrevista, Bianca disse que sua saúde estava melhor, que a diabete estava sob controle através de medicação. Com relação ao bebê, respondeu que: “acho que está bem, né?! Pelo menos é o que os médicos dizem”.

Disse que sua relação com o marido estava muito boa, “ele ajuda bastante, até banho em mim ele dá”. E com relação aos médicos, Bianca referiu não ter queixas. Porém, sentiu-se insegura com a médica do bebê, pois a achou “muito novinha, parece não ter condições de cuidar direito”.

Observações durante Intervenção

Esta díade (Bianca e Guilherme) foi designada para a intervenção envolvendo estimulação tátil no sétimo dia de vida do bebê, pesando 1420g. A mãe recebeu com atenção a orientação sobre a intervenção e no início mostrou-se abatida e cansada, pois ainda estava internada (por Diabete).

No início da primeira intervenção ela comentou que não tinha previsão de alta. Parecia fraca e desanimada, depois disse que “até é bom, afinal eu tô perto dele”. Ela estava com soro na mão direita, por isso só tocou no bebê com a esquerda. O bebê apresentava-se com soluço e ao notar ela disse “Tá com soluço. Dá uma peninha. Ele é tão sensível!” O bebê está com esparadrapo nos olhos por causa da fototerapia, “ainda não consegui ver os olhinhos dele”. Ela permaneceu todo o período da intervenção tocando suavemente em todo o corpo do bebê, conforme o orientado e o bebê se espreguiçou cada vez mais durante a intervenção. Ao final do período ela disse que tinha muito sono e achava que a culpa era dos remédios. Perguntou, também, se o bebê sabia a diferença entre a mão dela e a do pai: “ele é tão desajeitado (pai)!”

No dia seguinte, quando a observadora chegou, a enfermagem estava realizando procedimentos no bebê e a mãe comentou “Elas já estão a meia hora furando ele. Que dó!”. Ela mostrou-se muito angustiada e a observadora sugeriu que ela fosse ao banco de leite enquanto o bebê estava sendo cuidado pela enfermagem. Ela voltou mais calma, mas ainda aparentando cansaço. No entanto, teve muito boa vontade em começar a intervenção com filmagem. O bebê estava pesando 1430g. No período anterior à intervenção, a mãe iniciou dizendo que iria tocar no bebê somente com uma mão “para não esfriar lá dentro”. Acarícia o rosto do bebê e o observa através da portinhola, curvando seu corpo para frente. Parecia concentrada no que fazia, tocando o rosto e uma mão do bebê. Conversou um pouco com o bebê e sorriu. O bebê estava calmo e dormia, inativo, realizou somente poucos movimentos discretos com uma perna. Mãe disse que estava feliz porque tinha visto os olhinhos dele pela primeira vez. Algumas vezes ela falou baixinho com ele.

No período de intervenção propriamente dita, o bebê estava dormindo quieto. Ela iniciou massageando todo o tronco do bebê, ele reage logo no início movimentando todo o corpo e logo voltando

a permanecer inativo. Depois ela massageia as pernas e ele movimenta discretamente uma perna, voltando a ficar inativo. Havia um choro alto de outro bebê na unidade, mas isso parecia não perturbar Bianca. Ela realizava a intervenção em silêncio, olhando sempre para ele. O bebê emitiu um movimento involuntário envolvendo todo o corpo e ela se assustou, falando com ele baixinho na tentativa de acalmá-lo. Ele voltou a ficar quieto por um longo tempo, enquanto a mãe massageava todo o tronco do bebê. Ele emitiu uma expressão de sorriso e ela sorriu para ele, falando baixinho. Aos 10 minutos ele movimentou todo o corpo por poucos segundos e ela seguiu realizando a estimulação. No final do período ele voltou a movimentar-se várias vezes, e ela falou baixinho e sorriu para ele, enquanto tocava-o.

Nos minutos logo após a intervenção, o bebê permanecia dormindo e inativo. Havia barulho de médicos discutindo sobre outro bebê na unidade, e isto chamou a atenção de Bianca algumas vezes. Ela continuou, como durante a intervenção, a massagear basicamente o tronco do bebê e logo passou a acariciar a cabeça ao mesmo tempo, usando a outra mão. Após aproximadamente um minuto, ele movimentou a cabeça e braços. Quando ele começou a movimentar-se mais, abrangendo todo o corpo, ela passou a tocar no tronco, somente com uma mão.

No sexto dia de intervenção, assim como nos outros dias, o bebê estava dormindo. Movimentou-se pouco (braços e pernas) e a mãe referiu que ele dorme todo o tempo. “Mas, no banho é que ele fica bem esperto!! Por isso que gosto de ficar na hora do banho. O banho é na troca de turno, lá pelas 6 ou 7 horas da tarde. Eu gosto de estar aqui para ver ele bem acordado e esperto.” Guilherme permaneceu dormindo durante toda a intervenção. Pesava 1500g.

Já no dia seguinte, no início da intervenção o bebê estava com o rosto para o lado oposto à mãe. Passado alguns minutos e a mãe deu mamá, ficou com o rosto em sincronia com a mãe, que relatou que ontem quando a observadora saiu o bebê ficou de olhos abertos por uns 30 minutos. A mãe mostra-se bastante sorridente, disse que se sentia bem melhor. Massageou bastante as costas do bebê, e o mesmo respondeu ao toque encolhendo-se e mexendo uma das mãos. Durante a intervenção Bianca falou para a observadora que os médicos a “iludiram”, dizendo que teria alta naquele dia, mas a “seguraram” mais um tempo: “é capaz dele ter alta antes de mim!” Ela não tira os olhos de seu bebê, enquanto realiza a intervenção. Aos aproximadamente 8 minutos a mãe falou com o bebê: “Não tá abrindo os olhinhos, porquê?” O bebê estava pesando 1520g.

A oitava intervenção foi filmada. Bebê pesava 1560. Antes da intervenção, o bebê estava dormindo dentro da incubadora, deitado de bruços. Ela iniciou massageando somente o tronco. Parecia cansada, apoiando-se com o outro braço na parte de cima da incubadora. Após um minuto, ela diz para ele, acariciando seu rosto: “não vai acordar, meu filho?” Ele começou a movimentar-se bastante até o final do período, e ela disse várias vezes “mas que preguiça...” Logo que ele começou a movimentar-se ela parou de massageá-lo, dando seu dedo para que ele segurasse, depois voltou a massagear as costas, mas somente com a ponta dos dedos.

No período de intervenção, o bebê voltou ao estado inativo. Ela o massageou em silêncio (somente costas), olhando para ele. Parecia estar bastante tranqüila. Havia música no ambiente. Pessoas conversaram e ela prestou atenção, sorrindo. Neste momento deixou sua mão sobre as costas de Guilherme, movendo somente um dedo no braço dele. Quando as pessoas pararam de conversar, ela voltou a olhar para o bebê, massageando suas costas e dizendo: “não vai acordar? Não vai olhar para sua mãe?” Ele continuou quieto, e ela direcionou o olhar para o ambiente várias vezes. Ele começou a movimentar-se bastante e ela ficou mais atenta à intervenção, olhando para ele. Mas logo ele voltou a ficar imóvel e ela dirigiu a atenção ao ambiente por vários segundos, várias vezes até o final do período.

Nos minutos logo após a intervenção, o bebê continuou dormindo na mesma posição. A mãe massageou as costas, e quando começou a tocar nos braços e pernas ele movimentou-se, mas logo voltou a ficar quieto. Ela mostrou-se mais atenta ao bebê neste período, apesar de ainda dirigir seu olhar para o ambiente algumas vezes. Ela acariciou bastante a cabeça do bebê, e quando ele movimentou-se, ela falou com ele baixinho.

No dia seguinte, a mãe estava com o bebê no colo e mostrava-se muito feliz, dizendo não querer colocá-lo na incubadora naquele momento. A observadora pediu que ela realizasse, então, a intervenção sob as cobertas. Ela faz o que foi pedido acariciando a cabecinha com uma mão e as costas com a outra. Olhou para o rosto do bebê e conversou com ele baixinho. O bebê parecia muito confortável e dormia tranqüilo, abrindo os olhos algumas vezes. A médica já tinha dado permissão para ela amamentar, mas ela se mostrou apreensiva, dizendo que iria tentar à tarde. O bebê estava pesando 1590g.

Na 12ª intervenção, a mãe está com o bebê no colo, e quando a observadora chegou ela disse que iria pô-lo na incubadora para realizar a estimulação. Ela relatou que havia pego o bebê no colo no dia

anterior, logo após ele ter mamado, e que ele “revirou os olhos e ficou vermelho”. A enfermeira orientou-a para que o levantasse, ela fez isso e ele vomitou. Disse que chorou muito porque ficou assustada. Quando iniciou a intervenção, o bebê abriu os olhos e se mexeu um pouco, mas logo voltou ao estado inativo. A mãe deu preferência por massagear os membros superiores e costas. Mostrou-se ainda angustiada pelo que tinha ocorrido no dia anterior.

Na 15ª intervenção, o bebê estava pesando 1755g; foi filmada. No período antes da intervenção, o bebê estava alerta, deitado de bruços dentro da incubadora. Recebia alimentação via sonda orogástrica e Bianca prestava os cuidados a seu bebê, segurando a sonda. Ela falava com ele enquanto o mesmo mamava e ele por sua vez, movimentava-se bastante. Ao término da alimentação, ela prestou os devidos cuidados, para lavar e fechar a sonda. Depois ajustou-o em melhor posição e começou a acariciar sua cabeça com uma mão e com a outra, as costas. O bebê continuou a movimentar-se, ela parou de tocar nas costas, passando só a acariciar a cabeça e ele acabou dormindo, permanecendo inativo até o final do período.

No período de intervenção, Bianca sentou-se ao lado da incubadora para realizar a intervenção mais à vontade. No início, massageou as costas de Guilherme, somente com uma mão, deixando a outra portinhola fechada. O bebê dormia sem realizar movimentos. Havia muito barulho de pessoas conversando, o que chamou a atenção dela. Após um minuto de intervenção o bebê começou a mexer discretamente as pernas e logo voltou a ficar quieto. Passado mais um minuto, os movimentos se repetiram em vários intervalos, porém a mãe parecia não perceber, pois estava prestando atenção no ambiente e olhando pouco para o bebê, enquanto tocava-o. Parecia desanimada e distraída, não concentrando-se no que fazia. O bebê continuou alternando os dois estados (inativo e ativo por poucos segundos) várias vezes até o final do período e Bianca não apresentou nenhuma reação ou mudança de comportamento (ficou os 15 minutos massageando somente as costas e sempre da mesma forma). Nos últimos dois minutos, o bebê permaneceu sem realizar nenhum movimento.

No momento logo após a intervenção, a mãe permaneceu como estava durante a intervenção, desanimada, atenta ao ambiente, olhando pouco para o bebê e massageando somente as costas levemente, e alguns momentos chegando a somente repousar a mão sobre as costas do bebê sem massagear. O bebê permaneceu dormindo e inativo.

A última entrevista foi realizada no mesmo dia da última intervenção. Nesta entrevista, Bianca referiu que logo que o bebê nasceu sentiu muito medo, “pois aquela sala era dos bebês de muito risco. Depois ele passou direto para UTI4, sem passar pelas outras salas, eu fiquei com mais medo ainda porque achei que ele foi muito rápido. Agora sei que dali ele só vai para casa”. Disse ainda, que estava sentindo-se “feliz, contente, mas toda vez que olho o peso dele sei que está chegando a hora dele sair e eu ainda tenho receio de levar para casa, não sei se vou saber cuidar dele direito...”

Bianca estava aceitando melhor a incubadora, “aceito melhor porque vejo as reações dele. Ele não chora, eu queria gravar o choro dele, mas ainda não consegui. A incubadora é a segurança dele, só quero ver a reação dele quando sair”.

Ela se surpreendeu com a reação do marido, porque ele já deu banho, deu mamadeira, trocou, tudo primeiro do que ela. No início, ele ia ver o bebê duas vezes ao dia, ultimamente estava indo uma vez, porque ela disse que não precisava ir duas. Ela achava que eles se comunicam, pois quando ele chegava, batia na incubadora e o bebê olhava para o local de onde vinha o barulho. “Quando ele chega, eu saio para deixar os dois à vontade. Ele pergunta tudo para as assistentes”.

Bianca referiu que sua relação com o marido estava melhor do que antes. Antes eles só brigavam, e ultimamente não. “O Guilherme nos uniu bastante. Apesar disso, a noite passada a gente discutiu. Ele diz que não pode ficar até mais tarde no hospital porque precisa descansar para trabalhar no dia seguinte, mas ontem ele disse que foi comprar a fita de vídeo para eu te trazer e só voltou às 23 hs. Eu fiquei braba porque ele disse que tava tomando cerveja com os amigos. Eu disse para ele: ‘Tu não sabe que tu tem um filho no hospital, que tá lá sozinho e tu bebendo?’ Eu comecei a chorar e ele dizendo que não posso ficar nervosa, para eu me acalmar. Disse que beber era o jeito dele de relaxar, o meu jeito era chorar. Afinal nos acalmamos e eu fui dormir.”

Bianca sentia-se segura com a equipe médica, dizendo sentir-se bem tratada. Achava os médicos bastante atenciosos, “às vezes eles vêm 2 ou 3 vezes no dia, elogiam o bebê, incentivam a gente, e isso é muito bom, ajuda.” A mãe continuou ajudando nos cuidados com o seu bebê na incubadora, trocando fraldas, segurando a sonda para a alimentação, porém ainda não havia dado banho, o que a deixava um “pouco triste”.

Quando questionada sobre o que achava de ter participado no estudo, ela respondeu: “Eu gostei.

Eu não era acostumada a tocar nele como eu sou agora. Em comparação com as outras mães da sala eu me sinto muito mais desenvolvida e com muito mais prática com meu bebê. Algumas mães ainda nem pegaram no colo. Sem você não sei se eu estaria tão desenvolvida com ele. Me sinto muito à vontade com ele, não tenho mais medo de pegar por ele ser pequeno. Me sinto muito mais segura agora”.

O bebê ficou hospitalizado mais 44 dias, pois apresentou refluxo esofágico. Durante este período a díade foi acompanhada pela observadora. Após um mês, Bianca precisou procurar a emergência do hospital porque seu nível de glicose estava muito alto (500). Disse que ficou 3 dias sem aplicar insulina, “porque não tinha apetite, estava sem fome, somente tomando líquidos, pensei que não precisava de insulina se não comesse”. O bebê já estava de alta, então os médicos esperaram até Bianca ser liberada da emergência, o que levou 3 dias, para dar alta ao bebê também. Guilherme saiu do hospital com 2190g.

Díade 6

O bebê pré-termo Amanda é filha de Neuza, 24 anos, e Édson, 25 anos. Eles estão casados há 8 anos e residem em Porto Alegre. Ela estudou até o 2º grau completo e trabalha como auxiliar de tesouraria, e ele estudou até o 1º grau completo e é promotor de vendas. Eles já tinham dois filhos de 7 e 8 anos, quando decidiram ter mais um. Segundo Neuza, esta gestação foi “bem planejada. Parei com os comprimidos seis meses antes de engravidar. Achei que devia fazer uma pausa antes para que os hormônios do anticoncepcional não prejudicassem o bebê”. Quando soube que estava grávida, Neuza disse que emocionou-se bastante: “Tive duas vezes atraso. Fiz exames, mas não era. Só no terceiro exame que deu positivo. Senti a maior emoção!! Acho que é porque estou mais velha, dou mais valor. Os outros não foram planejados. Meu marido ficou bem bobo (sorri). Ele que queria muito!”

Neuza não apresentou desconfortos durante a gestação: “Nem nas outras gravidezes. Só azia no final.” Disse que sentiu-se bem até o quarto mês de gestação. “Depois fiquei mal pelo fato de saber que a pressão estava alta (pré-eclâmpsia), tinha medo que prejudicasse o bebê. Bem psicológico mesmo!” Sua maior preocupação neste período era somente com a pressão alta. “A Dra. explicou que não poderia levar até o 9o. mês. Então eu já sabia que ela ia nascer antes. Eu já estava preparada, quer dizer, a gente acha que está preparada, mas essas coisas são difíceis e só na hora para ver como vai ser...”

Ela queria que fosse uma menina, pois acha que seria um bebê mais calmo. O pai queria menino. No quinto mês, ficaram sabendo o sexo do bebê, o que deixou Neuza muito feliz. Foi o pai quem escolheu o nome. “Ele fez uma lista e escolheu.”

No parto, ela sentiu muito medo. Foi ao hospital para realizar exames pré-natais e já foi indicado o parto prematuro, pois o bebê estava “em agonia”. Ela viu o bebê na hora e sentiu-se aliviada por ver que a menina estava bem, chorou bastante. “Eu fui para UTI, por causa da pressão. Na quinta (3 dias após o parto) fui para o quarto, daí pude ver o bebê. Meu marido dizia que ela estava bem, mas eu precisava ver”.

Quando Neuza viu seu bebê pela primeira vez na incubadora, disse que ficou “traumatizada! Ela estava entubada, pensei que ia perder.” O bebê nasceu com 33 semanas de idade gestacional, pesando 1470g e com deficiência respiratória, sendo necessário o uso de O2 através de ventilação mecânica. Seu APGAR foi 5 no primeiro minuto e 9 no quinto minuto. Ele ficou entubado durante 6 dias, passando para Campânula por mais 4 dias, quando foi considerado estável, não necessitando mais de O2.

No momento da entrevista, ela disse que estava melhor. “Tive medo de perder ela. Achei que ela não ia conseguir. Acho que conversar com as outras mães ajuda. O primeiro impacto assusta!!” Com relação a sua saúde, ainda apresentava pressão alta, sendo necessário o uso de medicação. E o “bebê agora está bem. Ele teve que ser entubado nos primeiros dias. Os pulmões não estavam bem prontos ainda, por isso ela não conseguia respirar o suficiente ainda. Daí os médicos tiveram que colocar um tubo que vai até os pulmões com oxigênio”.

A sua outra filha ficou contente com a chegada da irmã, já o menino “é mais rebelde, não pergunta. A minha mãe teve medo logo que ela nasceu, agora que está vindo ver. A mãe dele (marido) veio ajudar. Veio do interior. Ela fica em casa cuidando dos outros dois, para que eu possa vir todos os dias”.

Ela referiu achar que já estava sentindo-se melhor frente à incubadora. “Vejo que está melhorando. Quando venho para cá, todos os dias, já sei que vou encontrar ela na incubadora, é diferente da primeira vez, que a gente não sabe como é. Quando se sabe é mais fácil”. O pai do bebê ajudou muito

a ela, confortando-a. “Tive medo de ter depressão. Perdi um bebê com 4 meses de gestação. E fiquei bastante deprimida. Por isso estava com medo de entrar em depressão agora”. Achava que a relação deles está boa: “me dou muito bem com ele.”

Com relação à equipe médica, Neuza sentia-se segura, achava a médica atenciosa, falando de maneira clara.

Observações durante Intervenção

Esta diáde foi designada para a intervenção envolvendo estimulação tátil no 18o. dia de vida do bebê, pesando 1430g. A mãe recebeu as orientações com atenção e no início mostrou-se inibida em tocar em seu bebê, pois o mesmo dava sinais de desconforto, encolhendo-se frente ao toque. Neuza disse que ele não parava quieto. Em vários momentos ela levantou a mão quando ele se movia muito. “Fica sempre se mexendo”. Ela mostrou-se insegura durante toda a intervenção. O bebê estava dormindo, então a observadora orientou a mãe que procurasse fazer a estimulação novamente quando o bebê estivesse acordado, e ela concordou dizendo que parecia que ela o estava incomodando, pois queria dormir.

No dia seguinte, a observadora foi recebida por Neuza, que estava mais sorridente, dizendo que havia realizado a estimulação novamente na tarde anterior e que o bebê havia recebido um pouco melhor. Durante a intervenção ela se preocupou porque o bebê não acordou. O bebê estava dormindo, mas ativo, e continuava pesando 1430g. Esta intervenção foi filmada:

No período antes da intervenção, ela posicionou-se em pé ao lado da incubadora com ambas as portinholas abertas, mas no início tocou nas costas ou cabeça do bebê com somente uma mão. O bebê dormia e reagiu movimentando-se bastante de forma agitada, e ela preocupou-se realizando pausas em seu toque, e tocando somente com a ponta dos dedos lentamente. Ela olhou para a observadora, dizendo: “olha a brabeza dela!”. Quando ele se acalmou, em estado inativo, ela sentiu-se mais à vontade para tocar em todo o corpo do bebê e às vezes com a palma da mão. Mostrou-se sempre muito atenta e concentrada no bebê.

No início da intervenção propriamente dita, o bebê continuava dormindo de bruços. Estava inativo e moveu-se lentamente quando Neuza tocou-o. Ela mostrou-se receosa, realizando pausas em seu toque frente a qualquer movimento do bebê. Aos 2 minutos aproximadamente ela mudou-o de posição, virando-o de barriga para cima. O bebê apresentou tremores nos braços. Depois ela seguiu procurando tocar em todo o corpo do bebê, mas sempre com uma mão, a qual ela alternava. O bebê logo acalmou-se, ficando inativo. Ela disse para a observadora: “ela não quer acordar”. Foi dito que não havia problema, que o importante era o bebê sentir seu toque, sua presença. Em seguida ela inclinou-se para poder ver o bebê mais próximo. A partir do 8o. minuto, o bebê voltou a movimentar-se bastante, deixando a mãe receosa em tocá-lo. Ele também emitiu movimentos involuntários, como tremores e ‘sustos’. Depois o bebê ficou muito agitado, e ela colocou sua mão imóvel sobre a barriga do bebê até ele acalmar-se. Quando ele ficou quieto ela voltou a massageá-lo com a ponta dos dedos. Neuza mostrou-se atenta ao bebê durante todo o período, olhando algumas vezes para a observadora, como para certificar-se de que estava tudo bem.

Depois da intervenção, a mãe colocou o bebê virado de lado. E continuou tocando em seu corpo delicadamente. O bebê parecia mais calmo movendo-se pouco e lentamente, mas logo voltou a ficar mais ativo e apresentando tremores, chegando a virar-se de barriga para cima. A mãe puxou-o de volta de forma que ficasse de lado e seguiu massageando-o nas costas e depois o resto do corpo. Ela inclinou-se posicionando face a face durante um longo tempo, tocando-o pouco. No último minuto ele mostrou-se mais tranquilo, emitindo leve tremores nas pernas e ela se deteve somente em olhá-lo através da portinhola e tocou em uma mão poucas vezes.

No terceiro dia de intervenção, o pai estava presente. Quando a mãe começou a tocar no bebê, este ficou bastante agitado, mexendo-se muito. A mãe falou que o bebê não queria ser tocado. Ela reiniciou com um pouco de medo, o bebê mexeu-se ela tirou a mão. Ela estava tensa e a observadora falou que poderia tentar bem lentamente e se o bebê ainda assim não quisesse ela iria parar. Ela então tocou o bebê bem suavemente na cabeça e costas. O bebê se acalmou e às vezes se mexeu um pouco, situações em que ela tirou a mão e disse “não gostou!” e voltou a acariciar os cabelinhos. O pai deu o dedo para o bebê segurar enquanto a mãe o massageava. Quando o bebê dormia tranquilo a mãe parecia mais segura para lhe massagear todo o corpo. De qualquer forma, a observadora notou que o bebê parecia mais calmo quando acariciado só nos cabelos. No final do período a médica chegou e disse que em dois dias o bebê poderia ir para outra sala (só para ganho de peso), e a mãe perguntou se então poderia pegá-lo no colo, ao que a médica respondeu que deveriam esperar o bebê atingir 1600g (estava com 1450g) de

peso. A mãe parecia decepcionada, externalizando sua ansiedade em poder segurar o bebê.

Nos dias que se seguiram, a mãe mostrou-se mais calma quanto aos movimentos do bebê, não parando de acariciá-lo quando ele se movia um pouco. O bebê parecia estar mexendo-se mais suavemente, parecendo mais relaxado, e a mãe mostrava-se contente com o constante aumento de peso.

Já na oitava intervenção, a mãe estava triste e preocupada com a suspeita dos médicos de que seu bebê tivesse hidrocefalia. Iriam fazer uma ecografia cerebral naquele dia. A observadora sentiu-se angustiada ao ver a mãe, que disse que o bebê estava com 2 cm a mais na cabeça. A observadora conversou com Neuza tentando investigar suas dúvidas e fantasias com relação à hidrocefalia; ela estava com medo de perder o bebê, ou que ficasse com algum retardo mental. Quando ela mostrou-se mais calma, disse que gostaria de realizar a intervenção e que poderia ser filmado, conforme tinha sido combinado. O bebê estava pesando 1590g. Antes da intervenção, o bebê já não tinha mais a sonda orogástrica. Estava dormindo de barriga para cima. Neuza mostrou-se mais à vontade ao tocar seu bebê, massageando todo o corpo com as duas mãos. O bebê parecia mais tranquilo, movendo-se lentamente e com menor frequência do que a primeira filmagem. A única vez em que ele moveu-se um pouco mais, ela parou de tocar, ele acalmou-se e ela voltou a tocar. Ela estava mais dispersa, olhando para o ambiente e conversando com a auxiliar (sobre alimentação e peso). No último minuto ela sentou o bebê na incubadora, posicionando-o face a face, ele acordou permanecendo inativo.

No período de intervenção, o bebê estava dormindo de barriga para cima, com o rosto virado para o lado oposto à mãe. Parecia tranquilo, dormindo profundamente e movendo-se pouco. A mãe realizou estimulação tátil com as duas mãos e parecia dispersa, pois dirigia seu olhar para o ambiente enquanto tocava em seu bebê. Referiu para a observadora achar que a cabeça do bebê estava “bem molinha em algumas partes”. Mesmo quando o bebê moveu-se ela não parou de tocar, e em uma das vezes disse: “como ela está preguiçosinha, mexe só de vez em quando, ó.” Em seguida o bebê moveu todo o corpo, virando a cabeça para o lado onde ela estava, então ela virou o bebê de lado. O bebê apresentou movimentos involuntários (tremores nos membros) várias vezes durante o período de intervenção. Aos 12 minutos e meio aproximadamente, o pai chegou e pegou a mão no bebê, enquanto a mãe seguiu massageando. O bebê movimentou-se bastante, agitado, e emitiu expressões faciais de insatisfação. Permaneceu agitado até o último minuto, quando nos segundos finais acalmou-se.

No período de interação livre, o pai continuou presente e mostrou-se mais à vontade para tocar no bebê. A auxiliar perguntou se a mãe gostaria de pegar o bebê no colo, ela respondeu que sim sorridente e a auxiliar disse que ajudaria em poucos minutos. O bebê mostrou-se tranquilo, apesar da mãe e pai tocarem ao mesmo tempo. No último minuto o bebê acordou e emitiu expressões de sorriso, o que fez os pais sorrirem satisfeitos. Depois Neuza manuseou o bebê dentro da incubadora, ele reagiu emitindo movimentos agitados e chorando. Ela deitou-o de volta no colchão da incubadora e falou baixinho, tentando acalmá-lo; ele parou de chorar, mas continuou movimentando-se bastante.

Depois dos 5 minutos, Neuza pegou o bebê no colo com a ajuda da auxiliar de enfermagem. Ela sentou-se posicionando o bebê deitado em seus braços face a face com ela. O bebê estava acordado e ela falou para o bebê sorrindo.

No décimo dia de intervenção, a mãe estava mais tranquila porque a médica (outra) havia dito que poderia ser só o formato da cabeça, pois ela está magrinha e dá a impressão da cabeça estar desproporcional; e não hidrocefalia. Ela parecia decepcionada com a médica anterior: “A outra médica saiu de férias e nem se despediu”. No início da intervenção o bebê estava calmo. A mãe massageou bastante. O bebê acordou e sorriu, a mãe sorriu e posicionou-se face a face para vê-lo melhor. Então disse: “Ela gosta, ó!”. No final, ela comentou que o pai havia ficado bravo na noite anterior: “Veio às 20 hs e ela tava dormindo”. E disse ainda, que estava satisfeita, pois o bebê estava mamando bem, pesando 1710g.

No dia seguinte, apesar da suspeita de hidrocefalia, os pais não pareciam mais tensos que o normal. O bebê estava de olhos abertos durante a intervenção e segurando a mão do pai enquanto a mãe tirou as fraldas e massageou as pernas. A mãe parecia bem tranquila. O bebê emitiu tremores nos braços e mãos. A mãe salientou características físicas do bebê. No final, a médica chegou e disse que o bebê iria para os convalescentes (ou seja, sair da incubadora), e os pais sorriram. Ficam muito felizes, parecendo não lembrar da suspeita da doença. O bebê continuava pesando 1710g.

O bebê acabou ficando poucas horas na sala dos convalescentes, pois não manteve a temperatura e foi necessário voltar para incubadora. Nos dias que se seguiram, o bebê estava acordado durante a intervenção. Apresentou tremores nos membros, mas a mãe parecia tranquila.

Na última intervenção, o bebê pesava 1860g. Foi filmada. Antes da intervenção, o bebê

continuava na incubadora. O pai também estava presente e posicionaram-se um de cada lado da incubadora, os dois tocando no bebê. O bebê estava deitado de lado, virado para o lado onde estava o pai. Neuza percebeu que o bebê estava molhado e trocou a fralda, deitando-o de barriga para cima. O bebê estava alerta e ativo, movimentado-se tranqüilamente. Depois a mãe sentou-o e o pai voltou a tocá-lo, neste momento ele emitiu uma expressão facial de insatisfação e a mãe deitou-o. O bebê virou-se para o lado onde estava o pai, que segurou suas mãos, acariciando-as. Neuza falou com a observadora, dizendo achar que o bebê estava com “sapinho”. Ela voltou a tocar no bebê nas costas, ele começou a chorar, e ela manuseou-o sentando-o para que pudesse vê-lo melhor, e ao mesmo tempo falou tentando acalmá-lo.

No período de intervenção, o bebê continuava agitado e emitindo expressões faciais de insatisfação. O pai estava ao lado, mas não tocava no bebê. A mãe procurou massagear todo o corpo do bebê. Ele movimentou-se bastante e acabou virando o rosto e depois todo o corpo para o lado oposto à mãe, em direção ao pai. Ele acalmou-se e passou a movimentar-se devagar. Depois de um minuto, a mãe mudou a posição do bebê, virando-o de barriga para cima e o rosto voltado para ela, e tirou a fralda. O bebê voltou a ficar agitado, apresentar tremores nos braços e virar a cabeça para os dois lados várias vezes, abrindo a boca. Quando ele ficava muito tempo com a cabeça virada para o lado oposto, a mãe o virava para sua direção. A partir do nono minuto a mãe passou a falar enquanto tocava, na tentativa de acalmar o bebê, porém ele continuou movimentando-se e abrindo a boca bastante. No último minuto Neuza colocou a fralda de volta no bebê.

Logo após a intervenção, a mãe retirou os braços e fechou a incubadora, limitando-se a observar seu bebê, que continuou movendo-se bastante, principalmente os braços (além dos tremores). Depois ela voltou a sentar o bebê na incubadora, ficando desta forma mais próxima do bebê em face a face. Em seguida o pai pegou a mão do bebê, que abriu a boca, e parecia um pouco mais calmo. Neuza a deitou novamente e retirou os braços da incubadora, deixando que só o pai tocasse. O bebê começou a chorar e ela disse: “tá com fome fofa? vai ter que esperar?” O pai parou de tocar e a mãe voltou a colocar os braços na incubadora, tocando e falando afetivamente, pedindo para o bebê esperar o “mamã”. Faltavam poucos minutos para a mamadeira das 11hs.

Na última entrevista, Neuza estava muito angustiada com o “problema da cabeça” (suspeita de hidrocefalia). “Não sei o que é direito, imagino um monte de coisas. Não quero perder minha filha. Fico me perguntando que seqüelas será que vai ficar? O bebê está bem. Pelo menos é o que parece.”

Disse achar que estava acostumada com incubadora. “Adoro quando estou com ela, fazendo carinho. Sinto que ela gosta também, porque abre os olhos e olha para mim. O pai do bebê também já se acostumou. Acho que para os homens é mais fácil. E também ele não fica todo o dia como eu, acho que é mais fácil quando a gente vem só visitar. Ele sempre vem, mas não fica tanto tempo como eu.” Quando questionada sobre a relação do casal, ela responde que estão bem, achava que ele ia ao hospital duas vezes por dia não só por causa da Amanda, mas para dar força para ela também. “Ele sente falta dela, sente saudades... ele me diz isso de noite em casa. Mas acho que ele vem duas vezes por minha causa”.

Com relação aos médicos, ela disse que estava insegura pelas várias trocas de médicos. Durante a hospitalização de Amanda, ela pôde ajudar somente na troca de fraldas, devido às normas do hospital.

Por fim, Neuza disse que adorou participar do estudo. “Ficava esperando a cada dia que tu viesse... para conversar... Esta é uma situação muito difícil e que eu nunca tinha passado antes, e nem pensava que algum dia isso pudesse acontecer. Acho que esta ajuda foi fundamental. Me ajudou a enfrentar a situação e ajudou a me sentir melhor com a Amanda. Me sinto mais forte, mais segura e o melhor de tudo, mais próxima da minha filha, mais capaz, não sei nem explicar em palavras o que significou para mim. Muito obrigada”.

O bebê ficou hospitalizado por mais 13 dias para adquirir peso e realizar todos os exames necessários para investigar a suspeita de hidrocefalia. Recebeu alta pesando 2230g e saudável.

ANEXO XII

Relato dos casos submetidos à intervenção fala afetiva

Díade 7

O bebê pré-termo Jana é filha de Gisele (19 anos), e Luis (19 anos). São casados há um mês, residem no fundo da casa dos pais, na grande Porto Alegre. Gisele estudou até o 2º ano do 2º grau e não trabalha. Luis trabalha nos correios de sua cidade e tem 2º grau completo.

Gisele desejava muito ter um bebê, e com aproximadamente um ano de namoro decidiu com o namorado parar de tomar anticoncepcional. Após um mês engravidou e decidiram que iriam casar, iniciando a construção de uma casa nos fundos da casa dos pais dela.

A participante referiu que ficou muito feliz ao receber a notícia de que estava grávida, através de um exame de laboratório. O pai do bebê também ficou feliz, pois era o que desejavam. Contudo, o pai de Gisele ficou bravo com ela por uma semana e sua mãe achou que fosse brincadeira. O casal havia combinado a gravidez, mas não haviam contado para ninguém. Com relação à família de Luis, ela não sabe o que acharam da situação, pois não tem muito contato com eles.

Ela referiu que durante toda a gestação sentia-se muito bem. “Saía bastante, fazia de tudo. Até meu humor melhorou, fiquei mais calma. Eu sempre fui mal-humorada, brigona, principalmente com meus irmãos. E quando estava grávida, melhorou as brigas, fiquei mais bem-humorada”.

Durante o período de gestação, Gisele sentia enjôo pela manhã e azia todo o dia, alimentando-se pouco, o que acarretou anemia. Refere ainda que sentiu tonturas 3 vezes. Apresentou placenta prévia desde o terceiro mês de gestação, mas teve uma melhora posterior. Gisele contou que teve várias preocupações durante a gestação, principalmente com a construção de sua casa. Foi reprovada de ano na escola, o que a deixou triste, e ainda, perdeu o emprego de estagiária em um banco.

Gisele adorou quando soube que teria uma menina, pois era o que queria. O marido também queria que fosse menina. Ela escolheu o nome do bebê no segundo mês de gestação (Jana). “Achei num livro, desses de nomes. Escolhi por achar bonito”.

Quando estava com seis meses de gestação, Gisele casou-se, e um mês depois teve que ser hospitalizada porque estava com infecção uterina, causando perda do líquido placentário, o que fez com que os médicos recomendassem o parto prematuro.

Gisele foi submetida a parto normal. Disse que vivenciou o parto de forma tranqüila. “Com as contrações, senti muita dor, xingava o Luis... Mas foi rápido, não foi um trauma, não.” Ela viu o bebê rapidamente na sala de parto. “Vi que estava bem e gostei muito. Me senti feliz”.

Jana nasceu com 28 semanas de idade gestacional, pesando 1120g. O bebê nasceu bradicárdico com mínimo de esforço respiratório, tendo sido entubado e ventilado com melhora da cor e da frequência cardíaca em poucas horas. Seu APGAR foi 3 no primeiro minuto e 4 no quinto minuto. Precisou de O2 por CPAP durante 5 dias.

No dia seguinte ao parto, Gisele foi até a UTI Neonatal ver seu bebê pela primeira vez na incubadora. “Quando cheguei perto da incubadora, senti... um choque. Achei ela muito pequena, com tubos, não imaginava que seria assim... Foi difícil, fiquei muito triste... um choque, mesmo.”

Passados 13 dias, Gisele refere estar acostumada com o fato de seu bebê estar na incubadora. Consegue tocá-lo com mais facilidade. Acha que o marido tem lhe dado apoio, e que isto a está ajudando bastante. Porém, às vezes, acha que está sendo egoísta, pedindo muito para ele. “Ele também deve estar sofrendo... mas é que me sinto frágil e preciso do apoio dele...”.

Gisele diz que, às vezes, tem medo que a enfermeira não cuide da Jana direito. E que o que mais quer no momento é poder levar seu bebê para casa logo.

Observações durante Intervenção

Esta díade (Gisele e Jana) foi designada para a intervenção envolvendo fala afetiva, no 13^o dia de vida do bebê. A mãe recebeu com atenção a orientação sobre a intervenção e no início mostrou dificuldades em realizar a intervenção, falando pouco, baixinho, e dirigindo muito sua atenção para o ambiente. Neste dia o bebê estava pesando 1190g.

Na segunda intervenção, pode-se observar que Gisele se esforçou em permanecer falando para o bebê durante todo o período designado para a intervenção.

No período de interação livre, o bebê estava dormindo de barriga para cima, Gisele senta-se ao lado da incubadora e coloca o rosto na portinhola a qual está aberta, ficando, desta forma, em posição face a face. Ela permanece assim durante todo o período antes, durante e após a intervenção. Havia bastante barulho na Unidade, mas isso parecia não perturbar Gisele.

A mãe falou baixinho, não sendo possível para a observadora ouvir o que ela diz, exceto em poucos momentos. O bebê moveu-se bastante no início e Gisele sorriu. Jana emitiu movimentos involuntários de braços e pernas várias vezes, depois ficou mais inativa, a mãe seguiu falando sempre e olhando para o bebê atentamente.

No período de intervenção propriamente dita, a mãe iniciou chamando o bebê pelo nome, na tentativa de acordá-lo. O bebê permeceu com os olhos fechados, mas bastante ativo, movimentando principalmente braços e pernas, parecendo reagir à voz da mãe. Em alguns momentos continuou emitindo movimentos involuntários, principalmente com os braços. Depois o bebê ficou menos ativo, e Gisele direcionou seu olhar rapidamente para o ambiente algumas vezes. Com aproximadamente 4 minutos de intervenção, Jana emite expressões de 'sorriso' e Gisele sorri olhando e falando para ela.

Uma auxiliar de enfermagem aproximou-se de Gisele e falou com ela, que parou de falar para o bebê, olhou para a auxiliar, respondendo e, posteriormente, voltou a olhar e falar para o bebê em posição face a face. A partir do décimo minuto o bebê movimentou-se muito pouco, e a mãe ficou mais dispersa, observando por poucos segundos, várias vezes, o que outras pessoas faziam no ambiente. No último minuto o bebê movimentou-se bastante e Gisele mostrou-se satisfeita.

Logo após a intervenção, a observadora pediu para Gisele ficar à vontade para ser filmado mais cinco minutos. Concordando e sorrindo, ela parou de falar com o bebê, abriu a outra portinhola e colocou um braço para dentro da incubadora e começou a acariciar suavemente o rosto do bebê, depois o tronco e braços. Jana movimentou bastante braços e pernas. Gisele mostrou-se mais dispersiva, dirigindo o olhar para o ambiente enquanto tocava em seu bebê.

No dia seguinte, Gisele mostrou-se cansada. Após 10 min de intervenção, parou de falar, passando a tocar o bebê.

Já no quarto dia, o bebê estava pesando 1170g. Gisele pede para fazer a intervenção com o bebê em seu colo. O bebê olha para ela bastante tempo, o que a faz mostrar-se satisfeita.

No sexto dia, Gisele realizou 10 minutos de intervenção com o bebê na incubadora e pediu para fazer os cinco minutos "depois" com bebê no colo. O bebê estava acordado e ela demonstrou estar feliz. Disse gostar muito de falar com seu bebê: "Ela já me conhece, quando falo com ela". O bebê estava pesando 1240g.

No oitavo dia, o bebê permaneceu dormindo durante toda a intervenção, e só abriu os olhos após o término da mesma. O bebê estava pesando 1290g. Antes da intervenção, Gisele sorridente, sentada ao lado da incubadora, abriu uma das portinholas, colocando um braço para dentro da incubadora, tocou as pernas do bebê. Ele estava dormindo deitado de barriga para cima. Ele abriu a boca e movimentou-se, Gisele sorriu. Depois emitiu uma expressão de sorriso, Gisele sorriu e falou com o bebê. Então permaneceu em silêncio acariciando o tronco e o rosto do bebê. Em seguida, falou para a observadora que já estava na hora do 'mamá' do bebê. Continuou olhando e tocando no bebê, o qual ainda dormia, mas movimentava-se bastante. Aos 3 minutos e meio, uma auxiliar de enfermagem se aproximou pelo outro lado da incubadora, virou o bebê de bruços para dar a alimentação via sonda. Gisele parou de tocar no bebê, e ficou observando o que a auxiliar fazia. Depois ajudou, segurando a sonda.

No período de intervenção, o bebê estava dormindo de bruços. Gisele se colocou em posição face a face, sentada ao lado da incubadora e com o rosto na portinhola, falando baixinho para o bebê. No início o bebê movimentou-se pouco, somente uma perna e realizou expressões faciais. E quando emitiu expressões de sorriso, Gisele sorriu para ele. Após aproximadamente 3 minutos, ele movimentou todo o corpo e voltou a ficar inativo.

O bebê moveu os membros poucas vezes, e frente a qualquer movimento facial, Gisele sorria. Ela parecia empenhada em falar para o seu bebê, porém realizou curtas pausas e olhou para o ambiente rapidamente várias vezes. A partir do sétimo minuto, o bebê parecia dormir profundamente, permanecendo imóvel. A mãe continuou sempre falando e a partir do décimo minuto, tentou acordá-lo chamando pelo nome e dizendo “abre o olhinho, abre”. O bebê movimentou todo o corpo e Gisele disse, “você quer um colinho? Quer mamãe, quer?”, depois ele voltou a ficar quieto e ela seguiu falando para ele. No final do período, ela olhou para a observadora, mostrando-se e falando que estava cansada.

Ao término da intervenção ela pediu para pegar o bebê no colo. Com a ajuda de uma auxiliar de enfermagem, que enrolou o bebê em cobertor, ela pegou Jana no colo e sentou-se numa cadeira. Depois aconchegou o bebê deitado em seu colo, em posição face a face, olhando para ele em silêncio e às vezes para o ambiente, o qual está barulhento. Ela acariciou o rosto do bebê algumas vezes, aproximou o bebê de seu rosto, fazendo carinho e beijando-o. Depois falou para o bebê, e em seguida ficou em silêncio, olhando para o bebê até o final do período.

No 13º dia Gisele perguntou se “mães novas tem mais prematuros do que mães com mais idade”. O bebê permaneceu dormindo durante a intervenção, abrindo os olhos e realizando “expressão de sorriso” algumas vezes. Pesando 1395g.

No 15º dia o bebê estava pesando 1455g. Antes da intervenção, Gisele estava sentada com o bebê no colo, dormindo. Ela permaneceu quase todo o período olhando para o bebê, bem próximo ao rosto dele. Acariciou o rosto de bebê, beijou e falou com ele algumas vezes. Sempre que o bebê emitiu algum movimento facial ela sorriu e falou com ele. Depois pediu para colocar o bebê na incubadora com o intuito de realizar a intervenção.

No início, o bebê estava dormindo deitado de barriga para cima, e Gisele se colocou na posição de costume (face a face), falando baixinho com o rosto na portinhola e olhando rapidamente, várias vezes, para o ambiente. O bebê permaneceu inativo, mexendo-se bastante somente durante o terceiro minuto, quando Gisele empenha-se mais na intervenção e não dirige o olhar para o ambiente. Depois ele volta a ficar quieto e ela volta a dirigir o olhar para o ambiente em alguns momentos.

O bebê ficou imóvel durante 4 minutos, o que parece desmotivar Gisele a realizar a intervenção. Aos 8 minutos aproximadamente ela falou para o bebê “Jana, acorda um pouquinho, olha para a mamãe” e depois continuou a chamá-lo pelo nome. O bebê permaneceu dormindo e inativo até o final do período. Nos últimos quatro minutos, Gisele mostrou-se cansada e desmotivada, realizando pausas em sua fala.

Depois da intervenção, ela voltou a pegar o bebê no colo enrolado em cobertores. Se colocou em posição face a face, dizendo gostar muito de ter seu bebê perto de si. Gisele permaneceu a maior parte dos cinco minutos olhando para o bebê bem próximo, fazendo carinho em seu rosto; falando e sorrindo em alguns momentos. Foi interrompida por uma auxiliar que veio medir a temperatura, porém não tirou sua atenção ao bebê. No quarto minuto, Jana movimentou a cabeça e Gisele voltou a acariciar seu rosto.

Ao término do período o bebê abriu os olhos e Gisele mostrou-se satisfeita sorrindo.

Na última entrevista, Gisele disse que: “Estive muito cansada. Tenho muitos medos: de andar de ônibus, de elevador. Isso vem acontecendo desde que vivenciei um assalto no banco que fazia estágio. Foi horrível aqueles homens com armas apontando para nós, um monte de gente gritando, fiquei com medo que alguém morresse. Agora sempre que entro num lugar fechado e com muita gente fico com medo.”

Ela disse estar mais segura com relação ao bebê. Sentiu saudades do bebê à noite, quando estava em casa. “Quero muito levar ela para casa. Não vejo a hora! Sinto saudades mais do que imaginava. Peguei no colo quarta-feira bastante tempo. O apego da gente pelo bebê vem com o tempo, né?! Eu acho que sim”. Gisele referiu que já se acostumou em vê-la na incubadora. “Acho que é normal agora, ver ela na incubadora”.

Gisele falou que estava insegura com o marido, por passar muito tempo no hospital, longe de casa. Ela ajudou nos cuidados com o bebê, trocando fraldas, dando banho, alimentação, tirar e colocar na incubadora.

Por fim, Gisele disse ter gostado muito de participar do estudo. “Acho que foi importante para mim e para a Jana também, porque nos sentimos mais próximas, como mãe e filha devem ser, eu acho. Ajudou também a perder o medo, e principalmente me ajudou a não sentir tanta culpa... Adoro conversar com ela, porque gosto de ver ela de pertinho e ver que ela me olha, sorri para mim, é como se me entendesse e quisesse dizer ‘também te amo, mamãe’”.

O bebê recebeu alta 18 dias após o término do período de intervenção, pesava 1980g.

Díade 8

O bebê pré-termo Vanda é a segunda filha de Mariana, que tem 28 anos, casada há 11 anos, reside com o marido e a primeira filha de 2 anos, em Porto Alegre. Estudou até o 2º grau completo trabalha com o marido em comércio próprio. Seu marido, Anderson, 31 anos, estudou até o 2º grau completo.

Mariana engravidou quando ainda morava nos EUA. Disse que a gestação foi planejada, pois parou de tomar o anticoncepcional. Ela contou que estava nos EUA com o marido e a primeira filha, e tiveram que voltar para o Brasil porque o sócio de seu marido estava roubando-o aqui no Brasil. Então decidiram fechar os negócios lá e voltar para o Brasil. “Foi um tempo de muitas preocupações e eu só vim saber da gravidez quando cheguei no Brasil. No fim, recebi a notícia com susto. Depois de tudo que estava acontecendo nos negócios (venda de peças de carro importado), e eu já com um bebê de 1 ano e 8 meses, vir outro bebê...”

Ela disse que o pai ficou muito feliz com a notícia da gestação, principalmente por ser uma menina. Ela também esperava que fosse uma menina, pois acha mais delicadinha, e ficou muito feliz ao confirmar suas expectativas. O nome foi ela quem escolheu, por sempre gostar deste nome. “A minha família recebeu a notícia super bem, uma festa!! E a dele também”.

Disse que sentiu somente um pouco de azia durante a gestação e que não teve problemas de saúde, somente pré-eclâmpsia no final. Mariana referiu que não se preocupou com a gestação em si. “Apesar de ter tido pré-eclâmpsia na outra gestação, não pensei nisto. Os médicos haviam me dito que era muito difícil acontecer de novo, mas aconteceu, né?!”

Devido à pré-eclâmpsia grave, foi indicado o parto prematuro. Mariana contou que foi uma vivência muito difícil. “Com anestesia geral. Me sentia muito insegura, com medo de morrer. Tinha medo que nós duas morrêssemos. Meu marido estava muito abalado. Não pude vê-la porque era muito pequeninha e eles tiveram que levá-la imediatamente para a UTI”.

Vanda nasceu com 28 semanas de idade gestacional, pesando 910g, e necessitou de O2 por câmpnula somente no primeiro dia de vida. Seu APGAR foi 3 no primeiro minuto e 8 no quinto minuto. Mariana levou 10 dias para ver seu bebê, pois o mesmo foi transferido para outro hospital por sugestão do neonatologista, que é o mesmo pediatra de sua primeira filha. Ela teve muitas complicações pós-parto: sua pressão demorou para voltar ao normal, precisou de transfusão de sangue, porque teve hemorragia. Ela só conhecia a Vanda por uma foto que sua mãe havia tirado dela e levou para Mariana. Ela colocou-a na mesinha ao lado da cama do hospital e ficava olhando para ela. “Só que quando vi ela pela primeira vez tive um choque, porque na foto ela não parecia tão pequena, eu até dizia isso para as pessoas que me diziam que ela era muito pequena. Eu dizia: olha só, ela nem é tão pequena assim na foto. Mas, quando vi na incubadora pela primeira vez, meu Deus!! Achei muito pequena, frágil...”

O pai do bebê tem muita dificuldade para entrar na UTIN. “Ele diz que é fraco para essas coisas, que não tem estômago para hospital”. E isso deixa Mariana sentindo-se desamparada e sozinha. Disse que no início, o parto antes da hora afetou a relação deles. “Ele ficou distante... acho que me culpou... mas nós conversamos e agora está tudo bem.”

No momento da entrevista, ela disse estar sentindo-se bem: “O pior já passou acho. E o bebê está bem. Só precisa ganhar peso. Vai demorar para poder ir para casa, porque ela é muito pequena, então tem que ganhar muitas gramas”. Mariana disse achar a equipe médica da melhor qualidade. “Confio demais no Dr. Pona. Ele é o pediatra da Valência e agora será, já é da Vanda.”

Observações durante Intervenção

Esta díade foi designada para a intervenção envolvendo fala afetiva no 18º dia de vida do bebê, quando este pesava 1000g. A mãe recebeu com atenção a orientação sobre a intervenção e no início mostrou dificuldade em realizá-la, falando baixinho e ficando alguns momentos em silêncio, dizendo não saber o que falar. A observadora deu algumas sugestões, como falar sobre a família em casa, contar uma história infantil, ou mesmo cantarolar, ela sorriu e se esforçou em falar com seu bebê, mas ainda com dificuldades.

No dia seguinte, que era para ser o segundo dia de intervenção, esta foi interrompida, pois o bebê

estava fazendo apnéias e uma parada cardíaca, sendo necessário entubá-lo e transferi-lo para UTI 1. A mãe mostrou-se muito triste, mas apresentou iniciativa de falar e tocar a filha. O bebê estava acordado e a mãe lhe acariciou a cabecinha. Combinamos que retomariamos as intervenções com filmagens somente quando o bebê melhorasse. O bebê estava pesando 1015g.

Passado 9 dias, o bebê estava estável, com saturação de 96%, pesando 1180g, então, com o consentimento da mãe, foi reiniciada a intervenção. Ela mostrou-se mais tranqüila do que estava nos últimos dias. Falou pouco e baixinho. O bebê estava dormindo, mas quando sua mãe começou a falar, ele tentou abrir os olhos e moveu os membros em poucos momentos.

No dia seguinte, o bebê fez algumas apnéias durante o dia, mas continuava sem O₂. Durante a observação, a saturação ficou irregular. O bebê estava pesando 1220g. Antes da intervenção, o bebê estava deitado de bruços dentro da incubadora. Apresentava sonda orogástrica e saturômetro no pé direito. Mariana sentou-se e com o rosto na portinhola, falou com seu bebê, todo o tempo muito atenta a ele. O bebê dormia e no início moveu-se bastante, mas logo ficou inativo, mexendo-se lentamente e discretamente uma perna ou braço poucas vezes. A partir do 3º minuto ele emitiu expressões de sorriso, ao que a mãe mostrou-se feliz, sorrindo e parecendo mais estimulada a continuar falando com seu bebê. No final, ela olhou para a observadora e disse com um amplo sorriso: “Ela tá rindo horrores aqui”.

Durante a intervenção, a díade continuou no mesmo posicionamento de antes da intervenção propriamente dita. Mariana falava sorrindo para o bebê, quando este começou a movimentar-se bastante e a espreguiçar-se de maneira a ficar vermelho. Ela mostrou-se preocupada, parando de falar e observando-o. Aos poucos o bebê foi acalmando-se, mas ainda mexia-se, então ela colocou seu braço dentro da incubadora pegando na mão do bebê e em seguida acariciou a cabeça por um longo período. Quando o bebê emitiu expressões de sorriso, ela tirou o braço e voltou a colocar seu rosto na portinhola, voltando a falar e sorrir para o bebê. Em alguns momentos, ela olhou para o saturômetro do bebê. Aos cinco minutos ela parou de falar, pegou a pasta do bebê para olhar o peso, o qual comentou com a observadora e depois olhou outras informações da pasta em silêncio e sem olhar para o bebê, que dormia inativo (por mais de 2 minutos). Depois a residente aproximou-se para falar com ela, que a recebeu sorridente. Quando a residente se afastou o bebê estava movimentando-se e Mariana voltou a falar com ele, no posicionamento anterior. Ela pediu para o bebê abrir os olhos, dizendo: “abre só um pouquinho”.

A observadora ficava angustiada quando o bebê movia-se, pois este parecia contrair-se, e a saturação abaixava. Na maioria das vezes Mariana não viu a saturação baixa. Porém, no 9º minuto ela olhou para o saturômetro e ao ver que estava baixo, parou de falar e fechou a incubadora. Um minuto depois, ela abriu a portinhola e começou a acariciar a cabeça do bebê, olhando para o ambiente e saturômetro e às vezes olhava para o bebê rapidamente. Nos três últimos minutos ele alternou momentos de intensa atividade e momentos de inatividade e Mariana não mais falou, limitando-se a acariciar a cabeça do bebê.

Depois da intervenção, o bebê estava alerta e continuou a alternar movimentos de atividade e inatividade. Mariana falou com ele, mas quando ele movia-se ela parava de falar e olhava para o saturômetro que geralmente baixava. Aos 3 minutos ela olhou para a observadora, dizendo: “será que ela não está com dor de barriga? Está se espremendo tanto...” Voltou a olhar para o bebê, parecia preocupada. Quando o bebê se acalmava ela voltava a falar com ele. Depois ele segurou a sonda e puxou várias vezes, ela pediu que ele não puxasse a sonda. Nos últimos segundos a saturação baixou bastante e Mariana fechou a porta da incubadora dizendo: “Tem horas que baixa de repente”.

Após Mariana ir embora, a saturação estabilizou novamente. A auxiliar de enfermagem disse para a médica, que geralmente quando a mãe estava junto à incubadora, a saturação de Vanda alterava.

No quarto dia de intervenção, a mãe iniciou inclinando-se e falando com a filha sem tocá-la. Apesar do bebê ter o consumo de oxigênio monitorado, mãe e filha pareciam bem. A mãe estava bem sorridente e quando falou “Oi, pequenina!”, o bebê pareceu tentar abrir os olhos. Ela pediu para a filha acordar, para abrir os olhos. Ela parou de falar e passou a acariciar a cabeça de seu bebê enquanto prestava atenção a um outro bebê que chorava. Ela olhou os aparelhos em que o bebê estava conectado. Depois perguntou à observadora com que peso botam o bebê para mamar, a enfermeira respondeu que com 1800g aproximadamente. Ela ficou desapontada e disse que seu leite estava diminuindo e gostaria de amamentar pois tinha medo que secasse. Demonstrou grande ansiedade em amamentar seu bebê. Contou que antes do bebê voltar para a UTI1, ela tinha pego seu bebê no colo e saíra do hospital com a blusa molhada. Durante os 15 minutos de intervenção, a mãe falou pouco mais de 5 minutos, o resto do tempo ela o acariciou. O bebê estava pesando 1240g.

Na oitava intervenção, Mariana ainda estava preocupada com o leite materno. Ela havia tirado,

mas estavam dando somente pré-nam para o bebê. O bebê estava pesando 1350g.

Antes da intervenção, o bebê estava deitado de bruços na incubadora. No início do período, Mariana estava olhando a pasta do bebê, preocupada com a alimentação. Depois olhou para o bebê que movimentava todo o corpo espreguiçando-se, e ela acariciou a cabeça do bebê, que logo acalmou-se, então ela tirou o braço da incubadora, colocou o rosto na portinhola e começou a falar para o bebê face a face, que permaneceu quieto, dormindo. Nos últimos segundos ela parou de falar, limitando-se a olhar para ele.

No início do período de intervenção, a mãe disse não ter o que conversar: “Já falei tudo”. Então ela olhou para o bebê, que estava emitindo uma expressão de sorriso e ela sorriu, começando a falar. O bebê dormia tranquilo e inativo. Depois de quase 2 minutos, ele voltou a emitir expressões de sorrisos e tentar abrir os olhos, o que fez a mãe sorrir e falar com mais ênfase. Ela pediu que o bebê abrisse os olhos várias vezes, e quando ele abriu rapidamente algumas vezes, ela mostrou-se satisfeita. Mariana fez algumas pausas na sua fala parecendo desanimada, mas era só o bebê emitir qualquer expressão facial para que ela voltasse a falar sorrindo. Aos 9 minutos o bebê espreguiçou-se, Mariana parou de falar, observando-o e depois voltou sua atenção para pessoas conversando na sala, parecia cansada. Quando ela voltou a olhar para o bebê, ele estava “sorrindo” e abriu os olhos, então ela falou para ele rapidamente. Mas logo voltou o olhar para o ambiente novamente. Uma auxiliar ofereceu se ela gostaria de pegar o bebê no colo, ela respondeu sorrindo que sim, virando-se para o bebê, contando animadamente o que aconteceria em seguida.

Nos minutos logo após a intervenção, Mariana tinha o bebê em seu colo, posicionado de encontro ao seu peito. Falava baixinho e inclinava a cabeça para um lado tentando ver o rosto do bebê, que dormia. Ela perguntava para ele se estava bom assim, no colo. Depois realizou pausas em sua fala, acariciando a cabeça do bebê, mas logo parava de acariciar, falando. Depois de quase dois minutos o bebê abriu os olhos, fazendo com que ela falasse mais. O bebê voltou a fechar os olhos, e as pessoas na sala falavam sobre morte e enterro, então Mariana voltou sua atenção para o ambiente, parecendo triste. O bebê moveu-se e ela voltou a olhar para ele, dizendo: “Tá fazendo cocozinho, é?” E no último minuto ela falou com ele baixinho, que continuou dormindo tranquilo. No final do período ela disse para a observadora que não tinha pego mais o bebê no colo desde o dia em que ela havia pego e poucas horas depois ele tinha ido para a UTII. Disse que achava que o bebê tinha adoecido porque ela havia tirado ele da incubadora para ficar com ele no colo.

No dia seguinte Mariana não foi visitar seu bebê.

No outro dia (9º de intervenção), Mariana parecia distante. Disse que não pudera vir no hospital no dia anterior porque tivera que levar a outra filha ao pediatra, estava com dor de ouvido. O bebê havia mudado de sala, para somente ganhar peso. Ela disse que queria pegá-lo no colo e que faria isso à tarde. O bebê estava pesando 1400g.

Nos dias que se seguiram, Mariana veio pouco no hospital, ficando pouco mais do que o tempo da intervenção, o qual era combinado com a observadora no dia anterior. No dia da 11ª intervenção, ela novamente não veio ao hospital, sendo necessário adiar para o dia seguinte.

No dia da 13ª intervenção, Mariana disse que a filha havia chorado um pouco no dia anterior, e quando ela falou com o bebê, ele parou de chorar. O bebê movimentou-se quando a mãe começou a falar com ela, que continuou fazendo pausas em sua fala. Depois o bebê voltou a dormir profundamente e Mariana falou com ele poucas vezes. O bebê estava pesando 1550g.

No 15º dia, o bebê estava pesando 1640g. Antes da intervenção, Mariana estava com o bebê no colo. Parecia feliz, sorrindo bastante, pois seu marido estava junto com ela dentro da UTIN. Ele ficou ao lado dela, olhando para o bebê, que estava alerta, e olhava para a mãe, parecia tranquilo. Mariana mostrou-se contente por ver a filha alerta, dizendo: “Tô acordada hoje, tô muito acordada”. Ela realizou várias pausas em sua fala, olhando para o ambiente, falando com a observadora, com auxiliares e com o pai do bebê. Depois a auxiliar trouxe a alimentação via sonda e Mariana pediu que o pai ajudasse, segurando a sonda. Quando o leite começou a entrar, o bebê mostrou-se sonolento e Mariana disse: “Vai dormir, filha? Não vai mais conversar com sua mamãe?” Então o bebê emitiu uma expressão de sorriso e os pais sorriram. No fim ela comentou ter ficado surpresa quando, outro dia, viu que o bebê sabia sugar, fazendo o movimento com a boca. A auxiliar disse que ela chupava o dedo e a mãe sorriu.

Durante a intervenção, Mariana continuou com o bebê no colo. Ela começou falando atentamente com seu bebê, mas logo começou a dirigir sua atenção para as pessoas da sala, olhando poucas vezes para o bebê. Pediu para o pai do bebê sentar-se ao seu lado, mas ele não quis. O bebê estava sonolento no início e acabou dormindo. Ela falou pouco para o bebê, mas quando o fazia ele reagia,

movimentando a cabeça e a mão e tentando abrir os olhos. No final, ela olhou durante um longo tempo para a filha, acariciando sua cabeça. Depois ela disse para a observadora que o bebê tinha tido um “ataque de brabeza” no dia anterior e que ela havia embalado-a e que ela acalmou-se.

Logo após o período de intervenção, o pai sentou-se ao lado da díade e os dois conversaram com o bebê, que continuou dormindo. Depois conversaram entre eles sobre o bebê, peso, cabelo crescendo. O médico chefe da equipe entrou na sala, e ela perguntou quando poderia colocar o bebê no peito. O médico explicou que ainda era muito cedo, que teria que esperar ela atingir mais peso, porque não podia fazer esforço ainda. Ela ainda disse que estava com pouco leite, e o médico a tranquilizou dizendo que quando o bebê comesse a sugar o leite viria. Depois que o médico foi embora ela voltou a alternar momentos de atenção para o bebê, e atenção para o ambiente ou para o marido. Nos segundos finais, ele falou com o bebê e acariciou a cabeça.

Na última entrevista, realizada dois dias após a última intervenção, Mariana disse que sentia-se insegura com a enfermagem, porque haviam iniciado alimentação via oral sem orientação do médico e um dia antes do previsto. Ela disse estar sentindo-se bem, apesar da expressão facial negar: “Só confusão, só problemas”..

Ela estava tendo dificuldades para ir ao hospital e ficar bastante tempo com o bebê, porque estava tendo problemas em casa. Sua mãe estava fazendo exames para investigar hepatite; o avô de uma grande amiga havia morrido no dia anterior.

Disse estar preocupada com a saúde do bebê, pois havia feito apnéias durante a noite. Com relação à incubadora, não a incomodava mais, mas o marido ainda tinha dificuldades para entrar. Neste dia estava com renite, e ficou observando-a com o bebê do corredor, através do vidro.

Referiu ajudar pouco nos cuidados com o bebê, pois ficava pouco tempo no hospital. Mas quando estava junto ao bebê, ajudava na troca de fraldas e na alimentação.

Ela fica pouco tempo com o bebê após a entrevista. Vai embora logo após falar com o médico. Não espera pela autora, como havia sido combinado no final da entrevista. A observadora sente-se abandonada, como uma “fuga”.

Após o término do período de intervenção, o bebê apresentou várias apnéias (por infecção) e teve que voltar para a UTI3 (área de medicação). Durante este período, a mãe continuou a ser acompanhada pela observadora. No dia seguinte à piora do bebê, a mãe falou para a observadora sobre o seu desespero ao chegar ao hospital e ver que a filha não estava na sala esperada. Ela disse que demoraram a encontrar seu bebê, o que fez com que ficasse desesperada. Contou da tristeza de ver a filha fazendo transfusão de sangue. Disse que agora está mais calma e que graças à Vanda, ela recuperou uma certa religiosidade que está ajudando muito. Ela deixou um anjo de cera no berço do bebê. Contou que estava triste por não ter mais leite. E que não sente-se no direito de fraquejar, pois se ela fizer isso, a Vanda não terá com quem contar. Por fim, disse que seu bebê será forte pois, “desde o nascimento aprendeu a sofrer”.

Quando questionada sobre o que achou de participar do estudo, Mariana referiu que a ajudou muito, pois não imaginava que se ela falasse com o bebê ele reagiria. “Fico surpresa e emocionada quando falo com ela, porque ela tenta abrir os olhos, automaticamente quase, como se realmente já me conhecesse, e às vezes não só tenta, como abre e fica me olhando bastante tempo, e isso é super bom, dá uma paz...”. Referiu também que conversar com a observadora ajudou a não sentir-se tão culpada por tudo que estava acontecendo, principalmente quando o bebê adoeceu a primeira vez.

O bebê permaneceu mais duas semanas recuperando-se da infecção respiratória. E obteve alta hospitalar pesando 2000g. Alguns dias depois, Mariana enviou um cartão de agradecimento para o hospital.

Díade 9

O bebê pré-termo Breno é 2o filho de Nilza, que tem 39 anos, casada há 11 anos, reside com o marido e o primeiro filho de 4 anos, na grande Porto Alegre. Estudou até o 2º semestre da Faculdade de Matemática e leciona em duas escolas. Seu marido, Rômulo, 44 anos, trabalha como desenhista mecânico e tem 2º grau completo.

Esta gestação de Nilza não foi planejada, segundo ela: “Quando vi, estava grávida. Fiquei feliz, mas também com medo de perder”. Seu marido também ficou feliz. O outro filho (Diego) beijou sua

barriga, queria que fosse menina. “Dizia que se fosse menino ia dar pau nele, agora já está acostumado. A gente conversa muito com ele, e explicamos que o maninho ia ser o amigão dele, que iriam brincar juntos, e ele já está aceitando melhor.” A família de Nilza recebeu “muito bem a notícia. Meu irmão ainda não sabe, porque separou-se e sumiu desde o início do ano.” Já a família do marido achou errado, pela idade avançada de Nilza.

Esta é a quinta gestação de Nilza. Ela sofreu dois abortos e perdeu um bebê de um mês de vida, que nasceu pré-termo, com 30 semanas de idade gestacional, pesando aproximadamente 1300g. Tal vivência foi extremamente difícil e traumatizante para ela. Sua maior preocupação durante esta gestação foi a perda do bebê, disse ter muito medo de passar novamente por isso. Ela sentiu muita tontura e sono no início da gestação. Disse que sentiu-se muito apreensiva durante toda a gestação, pois teve duas ameaças de aborto. “Mas eu fiz tudo o que o médico mandou, e deu tudo certo”.

Nilza disse que não tinha preferências para o sexo do bebê. Seu marido queria homem, ela achava que era uma menina. O nome seria Bárbara ou Breno, e quando estava com quatro meses de gestação soube que era menino através de uma ecografia, então escolheram Breno, “por ser um nome forte, nome de médico”. Depois ficou sabendo que este nome era de um tio-avô seu.

O parto prematuro foi indicado porque Nilza estava com pré-eclâmpsia no final da gestação e no último pré-natal foi constatado que não havia líquido amniótico suficiente na placenta. Para ela o parto foi “assustador! era como se estivesse acontecendo tudo de novo. Aquela sala de parto está marcada para mim para sofrer. Me senti muito preocupada com o bebê sem respirar. Quando gritou fiquei melhor. Foi uma emoção que não dá para explicar... não consigo descrever... muita alegria... emoção forte... só vivendo para saber como é.” Breno nasceu com 33 semanas de idade gestacional, pesando 1490g; apresentou-se flácido, cianótico, hipoventilado sendo necessário reanimá-lo e foi colocado em O2 por campânula durante 3 dias. Seu APGAR foi 4 no primeiro minuto e 9 no quinto.

Com relação ao bebê ela disse: “Ele ficou na campânula por 3 dias. E o melhor é que não teve infecção, por isso saiu logo do O2. A primeira vez que o vi na incubadora senti uma dor, não consigo colocar em palavras, era uma dor grande aqui dentro (aponta para o peito). Eu sabia que ele iria sofrer com soro, dores, furadas... e isso dói em mim...”

No momento da entrevista, Nilza disse que estava bem, mas sentiu “muito medo, medo que algo de ruim acontecesse, medo de perder o bebê”. Sua pressão continuava alta. E ela sentia-se insegura frente à incubadora, “não vejo a hora de vê-lo grande, com o peso para poder levá-lo para casa. Acho que só estarei bem quando o Breno estiver em casa com a gente. O pai está aflito. Quer levar o bebê para casa. Não gosta de vê-lo na incubadora, fica aflito, angustiado.”

Disse que a relação do casal estava muito boa, “quer dizer em banho-marida, já que passo a maior parte do tempo aqui no hospital”. Com relação à equipe médica, Nilza achava que era uma boa equipe, competentes. “Me sinto segura com eles, sei que cuidam muito bem do meu bebê.”

E ao finalizar a entrevista ela repetiu: “Eu queria muito poder levar o Breno para casa o quanto antes.”

Observações durante Intervenção

Após a entrevista, esta díade foi designada para a intervenção envolvendo fala afetiva da mãe com seu bebê. O bebê estava com 7 dias de vida e pesava 1500g. Ela recebeu as orientações com atenção e no início mostrou-se hesitante ao falar com o bebê, perguntando à observadora várias vezes se estava bom como ela estava falando e se ele realmente estava escutando. O bebê estava dormindo, abriu os olhos rapidamente e voltou ao sono profundo. Havia mamado pouco antes de iniciado a intervenção. A observadora sentiu que a mãe estava insegura e ansiosa.

No segundo dia de intervenção, o bebê pesava 1520g. Antes do período propriamente dito, Nilza estava com o bebê dormindo em seu colo. Ela posicionou-o com o tronco apoiado a seu peito com o rosto virado para ela, de forma que pudesse vê-lo bem. Ela falava e acariciava o rosto do bebê com a ponta dos dedos, quando ele começou a chorar, ela o embalou e mudou o tom de voz na tentativa de acalmá-lo. Disse para a observadora que era fome e mostrou como ele procurava alimento com a boca em sua roupa. Continuou embalando e falando baixinho, o bebê acalmou-se, ela se recostou na cadeira novamente e ficou em silêncio, somente acariciando o rosto do bebê. Depois passou a cantarolar uma cantiga de ninar. Quando o bebê emitiu uma expressão facial de insatisfação, ela comprimiu seu rosto. Havia barulho no ambiente, o que chamou a atenção de Nilza em breves momentos.

Durante a intervenção, ela colocou o bebê deitado de bruços dentro da incubadora para realizar a intervenção e sentou-se ao lado posicionando-se face a face. O bebê dormia inativo. Ela iniciou falando, acariciando o rosto do bebê com a ponta dos dedos enquanto a outra mão ela repousou nas pernas do bebê. Pediu para o bebê olhar para ela várias vezes. Quando o bebê emitiu expressões de sorriso ou qualquer expressão facial (como tentar abrir os olhos), ela sorriu para ele. Aos 2 e 3 minutos Breno abriu os olhos algumas vezes, o que fez a mãe ficar satisfeita, sorrindo e mostrando-se estimulada para continuar falando. Aos 6 minutos o bebê mexeu todo o corpo, e Nilza parecia preocupada, dizendo: “Pronto, pronto filho. Olha só, ele se mexe todinho”. Levantou-se para melhor colocar suas mãos sobre o corpo do filho até ele acalmar-se. Logo o bebê ficou quieto, e ela voltou a sentar-se como antes, dizendo: “Amor da minha vida! Filho amado, você é o amor da mãe”. Depois cantou cantigas de ninar, enquanto dava leves palmadinhas no bebê, que dormia sem mexer-se. Apontou algumas características do bebê, como o pé, dizendo enquanto segurava: “Olha que baita pé, é igual ao pé do pai dele”. Mostrou-se feliz porque o bebê segurou a sua mão, falou para a observadora que o bebê estava segurando firme. Havia barulho na sala, mas ela só se distraía quando alguém chegava perto dela. Nos últimos minutos, ela mostrou-se um pouco ansiosa quanto ao término, perguntando se faltava muito.

Depois da intervenção, ela disse que ele estava dormindo e que não acordaria naquele momento. Depois o levantou virando-o de frente para a filmadora, dizendo que era para aparecer “melhor” na filmagem, depois balançou o bebê e voltou a colocá-lo de volta deitado de barriga para baixo. Apesar de ter sido manuseado bastante, Breno não acordou. Ela continuou de pé ao lado da incubadora, acariciando o corpo do bebê, falando com as pessoas que estavam na sala, com a observadora, mas não com o bebê. Ele moveu-se poucas vezes e nos últimos segundos ela cantarolou para ele.

No dia seguinte, o bebê estava no colo de Nilza e desperto desde o início da intervenção. Em alguns momentos parecia sonolento, mas manteve-se acordado, às vezes abrindo bastante os olhos. Ela segurou na mão do bebê enquanto falou. O bebê se mexeu e espreguiçou-se enquanto a mãe lhe acariciou o corpo. Depois o bebê emitiu um ‘reflexo de Moro’ e a mãe falou “Não, não vai cair”. E em seguida o segurou entre as mãos, dizendo “Que filho amado! Você é muito desejado do seu pai e da sua mãe. Tu ama a mamãe? A mamãe te adora!” Quando ele emitiu uma expressão facial de insatisfação e pôs a mão na boca, ela disse que ele estava com fome. Ele se mexeu e fez cara de choro, então ela mudou o tom de voz e começou a acariciá-lo na cabeça; e ele se acalmou. Já no final do período ele agitou-se muito, então ela o mudou de posição tentando acalmá-lo. Ele chupou a mão e chorou, ela perguntou: “Você quer mamar, filho?” O bebê estava pesando 1510g.

Nos dias que se seguiram Nilza falou bastante do outro filho para a observadora. E sempre referiu que falava várias vezes ao dia com o Breno, não somente no momento que era combinado, mostrando-se bastante à vontade com o filho e com a observadora.

No sétimo dia, a mãe realizou a intervenção de manhã com o bebê no colo. Ele estava pesando 1580g. Ele olhou para ela em vários momentos e sorriu, o que a deixou satisfeita, sorrindo bastante. À tarde, Nilza disse para a observadora que havia chorado muito ontem pela separação dela com o bebê. Estava chateada porque Breno havia aumentado “só 15g”. “Pedi para ele aumentar pelo menos 30g hoje, por isso tô deixando ele dormir mais para ganhar mais peso”. Ao conversar com a observadora, abre a portinhola e toca ou fala com Breno várias vezes, bastante afetiva. “Sinto falta dele na minha barriga. Ficamos todos abobados, se não fosse o Diego ia ser muito difícil.”

Já na nona intervenção o bebê pesava 1635g. Antes do período, Breno estava envolto por cobertores e chupando bico no colo da mãe, que o virou de frente para a câmera. Estava alerta, movendo as mãos fora das cobertas. Ela inclinou a cabeça para olhar para o rosto do bebê enquanto falava sorridente. Ela mencionou: “O bico é maior que ele”. Beijou-o no rosto e depois ele virou os olhos em sua direção, ela sorriu, dizendo: “tá olhando pra mamãe, filho?”. A partir dos 3 minutos ele mostrou-se sonolento, e ela tentou mantê-lo acordado falando com mais ênfase, ao que ele respondia abrindo bem os olhos e olhando em sua direção.

No início do período de intervenção a mãe disse que continuaria com o bebê no colo porque “ele já está com fome e não vai parar quieto na incubadora”. Ele continuou alerta, mas estava sonolento. Dirigiu o olhar para a direção da mãe várias vezes, a qual falava com ele em tom estimulante e o beijava na testa. Chorou e emitiu expressões faciais de insatisfação, movendo a cabeça em alguns momentos, mas ela conseguiu acalmá-lo por algum tempo com o bico, embalando, mudando o tom de voz ou cantarolando. Às vezes dizia: “Agora falta pouco para o teu mamá. Ele gosta de deixar a mamãe nervosa, preocupada.” No final ela comentou com outra mãe saber que seu bebê aguardava o mamá sem chorar quando ela não estava ali, mas quando ela estava ele chorava, pois sabia que ela estava e que todo filho é assim com a mãe, para chamar a atenção.

Nos cinco minutos logo após a intervenção, ele continuou chorando bastante e forte e a mãe tentando tranquilizá-lo, embalando-o, e falando. Ela referiu que ele estava suando. Então a enfermeira adiantou a alimentação via sonda orogástrica, que foi dada no colo da mãe, com sua ajuda, segurando a sonda. Quando começou a mamar, chorou bastante, a mãe parecia preocupada, a enfermeira ajudou. Ele acabou de mamar e dormiu, a mãe disse novamente, que ele estava suado.

No dia seguinte a mãe disse à observadora que já havia realizado a intervenção várias vezes aquele dia e que já estava indo embora. Não poderia realizar novamente, porque o bebê acordaria e ela não conseguiria sair, e por isso se atrasaria. No outro dia, referiu que o bebê estava bravo porque queria sugar e não conseguia. O bebê estava dormindo, mas logo que Nilza começou a falar com ele, acordou, permanecendo alerta até o final da intervenção. Ela sorriu frente a qualquer movimento dele, principalmente expressões faciais.

No 13º dia de intervenção, o bebê pesava 1760g. Foi o primeiro dia que ela havia conseguido amamentar o bebê no seio e fez isso conversando com ele, depois deu a mamadeira. Mostrou-se preocupada com a possibilidade do bebê cansar e por isso pudesse perder peso. No dia seguinte disse ter levado um “susto”, pois o bebê ficou moteado após mamar. Disse que não iria mais dar colo naquela tarde. O bebê manteve o mesmo peso.

No 15º dia o bebê estava pesando 1785g. Antes da intervenção, Nilza estava com o bebê no colo dando mamadeira. O bebê estava alerta, tranqüilo, sugando bem. Mãe mostrou-se ansiosa, com medo que o bebê ficasse moteado, por isso tirou a mamadeira da boca dele várias vezes “para que respirasse. Ele começa a mamar e esquece de respirar”. Ela falou com ele enquanto este mamava. Cada vez que ela tirava a mamadeira da boca do bebê, era difícil colocar de novo, pois ele dificultava com a língua. A auxiliar de enfermagem disse que ele estava bem, que não precisava se preocupar, pois ele respiraria quando necessário, não precisava tirar a mamadeira de sua boca. Ela tentou mais um pouco e pediu que a auxiliar o fizesse, pois ela ficava ansiosa e estava atrapalhando-o.

A observadora aguardou 30 minutos e voltou para ser realizado a intervenção. Ela tinha o bebê ainda no colo, deitado em seus braços, posicionando-os face a face. O bebê dormia e ela dizia que ele não queria “papo” com ela. Beijou-o na testa várias vezes e falou tranqüilamente. As pessoas conversando na sala chamaram muito sua atenção, que realizava pausas em sua fala para olhar para o ambiente. O bebê moveu a cabeça várias vezes, levantou as sobrancelhas, como se estivesse tentando abrir os olhos. Ela pediu para ele abrir os olhos, para “conversar com a mamãe”. Quando ele emitiu expressão facial de insatisfação, ela mudava o tom de voz, dizendo: “Ora, ora”. Ela sorriu frente às expressões dele, principalmente de “sorriso”. No final do período ela pede que ele engorde “uns 40g”, depois disse: “mas se quiser engordar uns 60g, melhor ainda. Depois eu chego aqui, tu engordou só 25g (sorri). Uns 40g tá bom.” O bebê começou a se mover, e ficar vermelho e ela disse: “Hum, acho que encheu as fraldas.” O bebê abriu os olhos nos segundos finais.

Depois da intervenção, a mãe trocou a fralda com o bebê dentro da incubadora, ele estava bem alerta e ativo. Ela falou carinhosamente com ele sobre o que estava fazendo, enquanto trocava a fralda. Em alguns momentos parou o que estava fazendo, inclinou-se para falar com ele mais próximo, dizendo: “agora ele abre bem o olho”. Mais tarde ela ofereceu o seio e ele mamou bem. Ela parecia tranqüila.

Na última entrevista, Nilza disse que sentia “altos e baixos”. “Tem momentos que estou bem, outros sinto-me triste, como se não fosse agüentar mais. É difícil vir da minha casa, que é longe daqui, para cá todos os dias, deixar o Diego em casa, ver o Breno na incubadora.” Com relação ao bebê, ela disse achar que estava bem. “Pelo menos está sempre tranqüilo, a cada dia fica mais tempo acordado, olhando tudo... olha para mim, sorri quando converso com ele... então tenho conversado cada vez mais, e mais ele me olha”.

Sobre a incubadora referiu que para ajudar-se, ela imagina que a incubadora é seu útero. E ela está aguardando o tempo que ele poderá sair, ou seja, “nascer”. Disse ainda que o pai do bebê estava muito bem, “ele é mais forte do que eu. Por isso, enfrenta bem a situação.” A relação do casal estava boa, segundo a mãe: “Ontem recebemos visita para jantar. Pensavam que o Breno já estava em casa... mas foi legal, o jantar estava bom, e as visitas são pessoas muito queridas nossas, e todos nos demos muito bem.”

Quanto à equipe, Nilza disse estar um pouco chateada, porque eles estavam fornecendo informações diferentes. “Isso me deixa insegura e confusa. Abandonada... Sinto muito quando troca de residente, porque já estou acostumada com o jeito da pessoa e daí troca. E ela é diferente, não dá a mesma atenção que a outra, sinto-me abandonada...” Nos cuidados ao bebê, a mãe ajudou, durante a internação, trocando fraldas, amamentando ao seio, dando mamadeira para complementar alimentação, vestindo roupas e tirando e colocando da incubadora.

Sobre o estudo, Nilza disse: “Achei o máximo!! Eu sempre dizia para as enfermeiras e para o Breno que eu estava esperando a tia Larissa... que eu não via a hora dela chegar para ver o Breno bem acordado, cada vez mais esperto... falar com ele foi muito importante para nós dois. Especial, mesmo. Não sei como agradecer. Tu vais ficar gravada na nossa memória para sempre, como uma ajuda especial”.

O bebê recebeu alta hospitalar 7 dias depois, pesando 1995g. Ao ir embora ela disse: “Não sei se choro ou se rio”.

Díade 10

O bebê pré-termo Virgínia é filha de Rosa, que tem 26 anos, solteira, reside com o namorado há 2 anos, em Porto Alegre. Estudou até o 7º semestre de Direito e não trabalha. Seu companheiro, Vanderley, 31 anos, é separado da primeira esposa, está desempregado há 105 dias, trabalhava como garçom.

Rosa engravidou sem esperar, “não foi planejada, mas eu sempre quis muito ter um bebê. E quando soube que estava grávida quis muito.” Ela contou que começou a sentir dor e sono; dormia demais, sentia-se fraca. Foi a uma médica e ela disse que era anemia, “e na mesma consulta fiquei muito feliz porque a médica escutou o coração do bebê, fiquei emocionada, chorei até. Já estava com mais de dois meses de gravidez e não sabia. Minha menstruação sempre foi desregulada. Então, mesmo que estava atrasada, eu pensava que não era nada. Era sempre assim, desregulada. Então, quando a médica conseguiu ouvir o coração, eu não conseguia acreditar, fiquei emocionada...” O pai do bebê sempre quis um bebê, então Rosa achou que ele recebeu a notícia tranqüilamente, apesar de não serem casados e ele ter outra família. As pessoas da família de Rosa “ficaram com a boca nas orelhas de tão feliz”. Já a família de Vanderley não receberam bem, pois “parte da família dele não gosta de mim. É que ele é casado e se separou da mulher para viver comigo, então eles não gostam de mim”.

No início da gestação, Rosa disse que sentiu poucos desconfortos. “Querida que fosse mais. Querida me sentir como as mulheres grávidas falam, enjojo, azia... não tive isso”. Suas principais preocupações durante a gestação foram financeiras, pois o pai do bebê estava desempregado e ela ganhava muito pouco no escritório de contabilidade que trabalhava. Com relação, ao bebê não se preocupava, pois ela “tinha cuidados com o bebê, então tentava ficar mais tranqüila”. Ela não tinha problemas de saúde anterior à gestação, sentiu-se bem durante toda a gestação, apresentando pressão alta só no final.

Rosa queria muito que seu bebê fosse menina. O pai queria que fosse menino. Ela ficou muito feliz quando soube, através de uma ecografia, que seria menina, “o pai acabou gostando depois, com o tempo”. O nome do bebê foi escolhido pela mãe de Rosa.

Rosa disse não saber como foi o parto, pois “eu estava apagada, por causa dos remédios e anestesia. Lembro só de flashes. Vi o bebê, mas lembro mal, mal só flashes. Quando acordei, me sentia bem. Mas queria ver o bebê. O Vanderley olhou para mim e disse ‘ela tá viva’”. Ela foi ver o bebê pela primeira vez, no dia seguinte. “Minha pernas tremeram. Não dá para explicar o que senti. Foi muito difícil. Querida que ela ainda estivesse na minha barriga e que não precisasse estar passando por isso, estar naquela incubadora. Minhas pernas não pararam de tremer”. O bebê nasceu com 33 semanas de idade gestacional, pesando 1350g, pequeno para idade gestacional e com necessidade de O2 via ventilação mecânica por 7 dias, passando para campânula por mais 2 dias.

No momento da entrevista, Rosa disse que estava “mal... queria meu barrigão. Queira fazer o chá de fralda, não deu tempo de curtir a gravidez direito. Terminou antes do que eu esperava. Claro que ainda posso fazer o chá de fralda, mas não é a mesma coisa sem a barriga...” Estava bem de saúde, “só mesmo a pressão. E estou tomando remédio para isso. E o bebê está melhorando, cada dia melhor e ganhando peso. O médico disse que ela está indo muito bem. Ela teve mal, tadinha, logo que nasceu. Precisou de oxigênio... os pulmõeszinhos ainda não estavam prontos para respirar sozinhos, por isso eles tiveram que colocar o oxigênio... mas, ela melhorou logo, e agora está super bem.”

Com relação à incubadora, continuava achando difícil, “não queria passar por isso. E não queria que a Virgínia passasse por isso. O Vanderley está mais tranqüilo agora. Teve muito medo quando ela foi entubada.” A relação do casal “sempre foi turbulenta. Sempre brigamos muito, e piorou depois do parto”.

Rosa disse sentir-se segura com a equipe médica, “acho ótima”. E por fim, ela referiu querer que terminasse e pudesse levar a Virgínia para casa.

Observações durante Intervenção

Esta díade foi designada para a intervenção envolvendo falar afetivamente com seu bebê. A primeira intervenção foi realizada logo após a entrevista. A mãe ouviu atentamente as orientações e no início mostrou dificuldades para falar, preferindo tocar mais em seu bebê enquanto falava. O bebê logo abriu os olhos quando ouviu a voz da mãe. A família estava sendo acompanhada pelo Serviço Social do hospital, devido a dificuldades de relacionamento familiar. O bebê estava com 10 dias de vida, pesando 1350g e biologicamente estável.

No dia seguinte, a intervenção foi filmada. Porém teve que ser cancelada devido às interferências das auxiliares e residentes por não saberem que as filmagens haviam sido autorizadas pelo hospital. A mãe tocou e falou com o bebê ao mesmo tempo, tocou principalmente nos pés. Mostrou-se carinhosa e o bebê dormiu tranqüilo. Depois mostrou-se cansada e entediada com a intervenção. Falava alto para a filha “Não é para ficar triste, ontem você chorou. Não é para chorar. A Virgínia vai ser uma vencedora, né filha? Será que engordou hoje? Ontem tu tinha engordado. Você é muito importante para mim, pro teu pai e pra tua vó.” Quando a observadora pediu que ela ficasse à vontade com seu bebê e que iria filmar ela suspirou “Ai!”, e iniciou só acariciando o bebê, depois começou a falar. Ela parecia incomodada com as constantes interrupções das auxiliares de enfermagem. O bebê estava pesando 1370g.

Três dias depois ela foi contactada pela autora, que explicou porque a última intervenção havia sido tumultuada e lhe perguntou se gostaria de retomar as intervenções. Ela respondeu que sim e a filmagem foi novamente marcada para o dia seguinte. O bebê já havia sido transferido de sala, para a UTI3, somente para ganhar peso; estava com 1350g.

Antes da intervenção, ela mostrou-se tranqüila e cooperativa. O bebê estava dormindo de bruços dentro da incubadora. A mãe colocou-se de pé ao lado da incubadora e em alguns momentos inclinava-se para falar com seu bebê posicionada face a face. Tocou nas costas enquanto falava, e o bebê movimentou bastante os membros. Durante todo o tempo ela desviava o olhar para o corredor de entrada, através do vidro, como se esperasse a chegada de alguém. Ela notou que a fralda do bebê estava úmida, então parou de falar enquanto tirava a fralda. Depois falou um pouco e novamente ficou em silêncio, tocando as costas do bebê e olhando para o corredor. Até o final do período só falou quando o bebê moveu-se, poucas vezes.

Durante a intervenção, ela sentou-se, ficando com o rosto mais próximo do bebê, falou bastante, mas continuou tocando na maior parte do tempo. Disse para o bebê que seu pai não havia podido subir pois não era horário de visitas ainda, e continuou a olhar para o corredor esperando-o entrar. O bebê moveu-se bastante no início, mas logo permaneceu longos períodos inativos e algumas vezes moveu discretamente as pernas. Rosa mostrou-se dispersa, olhando para o ambiente e conversando com as auxiliares.

Aos 5 minutos de intervenção ela pediu para o bebê abrir os olhos; o bebê emitiu uma expressão de ‘sorriso’ e ela disse “tá sonhando, filha?” Ela seguiu falando e tocando as costas, mostrando-se muito carinhosa. Aos 7 minutos aproximadamente, ela sorriu olhando para o corredor e disse: “Deixaram teu papai subir filha!” e olhou para a filha sorrindo. O bebê abriu os olhos e ela disse sorrindo: “O que tá me olhando? Ein filha?”, o bebê voltou a fechar os olhos e ela disse: “Ah não, tá dormindo”. Quando o pai entrou na sala (9 min), o bebê movia-se bastante (todo o corpo); ele pegou a pasta para olhar o peso do bebê e logo abriu a portinhola do outro lado, a mãe parou de tocar no bebê e ele colocou uma mão sobre as costas do bebê. Depois a mãe passou a tocar no rosto do bebê enquanto falava com ele, e o pai pegava na mão ou costas do bebê, que moveu-se bastante e emitiu sinais faciais de insatisfação. A observadora sentiu-se angustiada neste momento. Em seguida, o pai fechou a portinhola e se afastou, e o bebê acalmou-se. O pai fez a volta na incubadora, colocando-se ao lado de Rosa, e abriu a outra portinhola. Ela seguiu falando e tocando com uma mão ora na cabeça, ora nas pernas até o final do período. O pai tocou no bebê duas vezes, com as pontas dos dedos, sacudindo, tentando acordá-lo. E a mãe pediu que ele parasse, colocando seu braço pela portinhola que ele havia aberto.

Depois da intervenção, o bebê permaneceu dormindo, movendo-se pouco. A mãe continuou falando e tocando, principalmente um braço e mão. O pai voltou a tocar pelo outro lado da incubadora, e quando o fazia sacudia o bebê, ao que a mãe pedia que ele parasse. Quando ele tocava o bebê movia-se. Neste período a mãe mostrou-se mais dispersa ainda, pois o pai conversou bastante com ela e com outras pessoas da sala, chamando sua atenção.

No dia seguinte o pai também estava presente. Ele conversou com a mãe no início da intervenção, dispersando-a um pouco. Ela apontou características do bebê ao falar: “Os cílios dela estão

crescendo e a orelha ficando durinha. A mamãe vai comprar um brinco para colocar”. Ela às vezes parou um pouco de falar e ficou apenas massageando o bebê, que dormia e aos poucos foi acordando e movendo os pés. A mãe parecia bem, e entusiasmada com o fato de voltar a trabalhar em um antigo trabalho. Tocou bastante a mão do bebê, e deixou que o bebê segurasse seu dedo. O bebê mexeu-se bastante e depois chorou. Ela disse: “A mamãe e o papai vão sair, mas depois voltam, tá filha?” O bebê parecia estressado. Ela o virou e continuou a tocá-lo enquanto falava. Mostrou-se preocupada com o choro do bebê. O bebê estava pesando 1360g.

Nos dias que se seguiram, Rosa procurou fazer a intervenção um pouco antes das mamadas, para que o bebê estivesse acordado e pudesse olhar para ela. No oitavo dia de intervenção, ela contou para a observadora que estavam em terapia de casal há 2 meses e meio, pois brigavam muito. Naquele momento estavam separados, por isso não estavam indo na terapia. No dia anterior haviam brigado por ele estar desempregado e não providenciar um emprego novo, e ela achava que não iria haver mais reconciliação.

No nono dia de intervenção, o bebê estava pesando 1480g. Nos cinco minutos de interação livre antes da intervenção se deu logo após a mamada das 10hs. Rosa sentou-se ao lado da incubadora posicionando-se face a face, como de costume. O bebê estava dormindo, mas movia-se bastante, abrindo os olhos algumas vezes. Ela logo começou a massageá-lo nas costas enquanto falava pouco. Percebendo que o bebê estava com soluços, massageou as costas com mais vigor dizendo: “Tá com soluço, filha?!” Em seguida, percebeu que os bichinhos de pelúcia que ela havia pendurado no acrílico da incubadora pelo lado de dentro, estavam do lado de fora e disse: “Colocaram seus bichinhos para fora, filha.” Mostrou-se muito afetiva com o bebê, se dedicando mais a tocar do que falar. Primeiro usou somente uma mão, depois passou a segurar um braço com uma mão e a outra tocando nas costas. Em vários momentos olhou para o corredor. No final do período, percebeu que o bebê estava úmido e disse: “Já fez xixi de novo”, balançando a cabeça com ar de reprovação.

A observadora aguardou 15 minutos (pelo fato do bebê ter mamado há pouco) e pediu para a mãe novamente: “Agora, basicamente fale com seu bebê”. E a mãe respondeu: “Só tem notícias não muito boas” (referindo-se às brigas do casal). No início da intervenção ela disse: “Agora tá dormindo mesmo”. A observadora reforçou que o bebê, mesmo dormindo, estava escutando-a. Ela fez carinho da cabeça enquanto falava, mostrando-se afetiva. O bebê moveu-se bastante até o segundo minuto e depois permaneceu inativo. Quando emitiu expressão de sorriso, a mãe disse: “Ai, minha gatinha manhosa” e sorria para o bebê. Ela continuou desviando o olhar para o corredor de tempos em tempos. Aos 4 minutos e meio aproximadamente, o bebê ficou agitado e ela perguntou: “O que foi?” dando palmadinhas no tronco do bebê. Após 2 minutos ela passou a dar pausas nos toques e o bebê acalmou-se, voltando ao estado inativo. Então ela começou a somente pegar em uma das mãos ou acariciar a cabeça de leve, e o bebê permaneceu tranquilo. Quando ela tocava outra parte do corpo o bebê emitia um movimento involuntário ou agitava-se e ela dizia: “Ópa, que susto, hein filha?!” Isso se repetiu algumas vezes.

Logo após a intervenção, o bebê continuou dormindo tranquilamente e movimentando-se pouco. Rosa seguiu tocando com as duas mãos enquanto falava com ele. Queria que acordasse, falou carinhosamente que iria fazer “cosquinhas” no bebê para que acordasse. O bebê colocou a mão no rosto e ela disse: “Ai, meu Deus, que preguiça, essa guriuzinha”. Depois seguiu tocando e falando, realizando pausas em sua fala ao desviar a atenção para o ambiente. Ela virou-o de lado e deu “palmadinhas” nas costas do bebê, ele reagiu movendo todo o corpo, espreguiçou-se e voltou ao estado inativo, sem acordar. No último minuto ela limitou-se somente a tocá-lo, e ajustou a fralda manuseando-o bastante, quando ele emitiu expressões de insatisfação facial, mas ela pareceu não ver.

No 14o dia de intervenção, o bebê estava acordado, pesando 1570g. Antes da intervenção, a auxiliar dá mamadeira, e a mãe segura a mão do bebê. Ela referiu que o Vanderley estava deprimido e que tiveram mais uma sessão de casal com a psicóloga do HPV na sexta. Ele foi encaminhado para psiquiatria para medicação. Ela disse que estava preocupada com as fezes duras e choros do bebê; porém a auxiliar disse que as fezes estavam normais. Falou bastante com o bebê, e muito afetiva. Depois mostrou-se ansiosa, segurou o bebê pelas costas “sentando-a”. Disse que ontem atrasou-se e o bebê chorou muito e ela saiu chorando do hospital. No final disse achar que as fezes estava duras por causa do seu leite.

No dia seguinte, antes da intervenção, o pai estava presente ao lado da incubadora e a mãe segurava o bebê em suas mãos dentro da incubadora, posicionando-o face a face, enquanto falava com ele. O bebê estava alerta e ativo. Ela parou de falar para o bebê, para conversar com o pai, que tocou no braço do bebê rapidamente duas vezes. O bebê espreguiçou-se e ela disse: “Ai, que preguiça! Não vai fazer xixi na minha mão!”. Em seguida o bebê espirrou, ela colocou-o sobre o colchão da incubadora e pediu que o pai fechasse as portinholas do seu lado. Em seguida falou para a observadora que a médica havia dito que ela só poderia pegar o bebê no colo quando estivesse pesando 1700g. Então colocou as

fraldas, o bebê tinha virado a cabeça para o lado oposto e enquanto ela colocava as fraldas, o bebê mostrou-se agitado, mas ela parecia não notar. O pai fez barulho várias vezes com o apito dos bichinhos que estava pendurado na incubadora.

No início da intervenção, Rosa sentou-se ao lado da incubadora, ficando mais à vontade para realizar a intervenção. Ela voltou a sentar o bebê apoiado em sua mão, posicionando-o face a face. O bebê estava alerta e ativo. O bebê emitiu uma expressão de insatisfação facial e ela disse: “Ora, você quer naná filha?” E colocou o bebê deitado de lado virado para ela. Sempre falando afetivamente em posição face a face. Inclinou-se para ficar mais próxima do bebê, falando através da portinhola, e segurando somente uma mão ou pé do bebê. Ele mostrou-se muito ativo, em alguns momentos agitado. Quando o bebê emitiu novamente expressões de insatisfação facial, ela tornou a virá-lo de lado e deu-lhe uma chupeta. O bebê começou a sugar segurando com uma mão, e foi acalmado até ficar inativo. O pai falou com Rosa algumas vezes, que respondeu sem desviar o olhar do bebê. Aos 8 minutos o bebê dormiu, e a mãe mostrou-se mais concentrada na intervenção, falando mais, e tocando somente em uma mão, ou acariciando rapidamente e suavemente o rosto do bebê poucas vezes. O ambiente pareceu não chamar sua atenção tanto como ocorria nos dias anteriores. No final, ela falou pelo bebê: “Estão me enganando com esse bico, eu tô com fome e me enganaram com esse bico”.

Nos minutos logo após a intervenção, Rosa voltou a pegar o bebê nas mãos dentro da incubadora. Ele acordou, movimentou-se bastante, e começou a chorar, então ela o colocou de volta no colchão, dando-lhe o bico. Ele continuou chorando e ela tirou o bico, dizendo “tá, tá, a mãe não dá o bico então, a mãe pega, a mãe pega” e voltou a pegá-lo e o embalou, na tentativa de acalmá-lo. Uma auxiliar de enfermagem disse que o bebê estava com fome, e que ela se preparasse pois era um ‘reloginho’, ela respondeu que sabia, que o bebê não esperava nem 10 minutos e começava a chorar quando era hora do mamã. Então a auxiliar aproximou-se e Rosa perguntou se era injeção, pois se fosse ela não queria ver. A auxiliar disse que só iria fazer uma higiene oral, e aproveitou para ensinar como se faz. Rosa observou atentamente enquanto o bebê sugava o algodão.

Na última entrevista, Rosa estava com seu bebê no colo, e disse que estava sentindo-se muito bem (sorrindo). E com relação a seu bebê disse que estava “tudo bem. Foi para os convalescentes ontem. Está com 1660g. Peguei ela no colo ontem à noite, eram umas 10hs e agora. (Mostra-se muito afetiva com o bebê, o bebê sorri). Eu converso bastante com ela, e isso é bom para ela e para mim. Ela me olha e sorri, sinto-a mais próxima de mim. É muito gostoso. Estou muito feliz por ela ter saído da incubadora.”

O pai do bebê estava bem, segundo Rosa. “Ele foi à psicóloga ontem, ela encaminhou-o para um psiquiatra. Ele achou um emprego ontem, vai confirmar hoje. Está bastante motivado. E está sempre encantado com o bebê, não vê a hora de levar a Virgínia para casa”. A relação do casal continuava com problemas: “Mais ou menos. Por enquanto vai levando...”.

Sobre a equipe, a mãe disse que preferia o primeiro médico. “A Dra. Taís não dá a mesma atenção. Não me sinto segura com ela, pois muda de idéia e informações de um dia para o outro.” Durante a internação do bebê, ela prestou cuidados trocando fraldas. “Dar mamã não é permitido... Acho que é só o que ajudo, troco fraldas”.

Quando questionada sobre o que achou de participar do estudo, Rosa respondeu: “Muito bom. Como já disse sinto ela mais próxima de mim, e isso é bom. Me ajudou muito”. O bebê recebeu alta hospitalar 15 dias depois, pesando 2100g.

Díade 11

O bebê pré-termo Milene é filha de Maria, que tem 39 anos, casada há 10 anos com Rui, 45 anos. Eles residem com a filha de 6 anos no interior do RS. Ela estudou até o 2º grau completo e ele até a 7ª série do primeiro grau, os dois trabalham juntos em comércio próprio.

Segundo Maria, sua gestação não foi planejada, mas foi desejada. Tirou o DIU em agosto de 1996 e não estava tomando pílula. “Foi indiretamente planejada, porque não falamos sobre isso, mas como eu parei de me precaver, acho que foi indiretamente planejada”.

Maria ficou sabendo sobre a gestação ao realizar um exame de laboratório, sem ir ao médico; “já estava desconfiada, tinha quase certeza, só queria confirmar”. Contou que sentiu uma enorme alegria ao saber que o resultado do exame era “positivo”. Depois ficou um pouco preocupada, e tendo expectativas de repetir um parto prematuro, como foi o da primeira filha. “Tinha medo de perder, ou de passar por

tudo aquilo de novo. Foi muito difícil para mim”. O marido ficou muito feliz ao receber a notícia da gestação. “Minha mãe ficou muito contente, mas também preocupada. Todos ficaram contentes”. Já a família do marido, Maria disse que não são participativos. “Só uma irmã participa, ficou contente. Minha família conversa, é próxima. A dele é muito interesseira”.

Maria referiu que sentiu muita ânsia de vômito no início da gestação, principalmente de manhã, “a pasta de dente me enjoava”. Sentiu azia no fim da gestação.

Maria contou que teve muitas preocupações na gestação, principalmente por ter brigado com sua sócia. Ela havia avisado para a sócia que estava grávida e pediu que a mesma que se quisesse engravidar que esperasse um pouco até ela voltar ao trabalho. Mas a sócia engravidou dois meses depois, o que deixou Maria muito chateada. “Chorei muito, fiquei braba. Revolta, mesmo. Acho que ela me sacaneou!”.

Maria relatou que teve muito medo de abortar. Teve ameaça de aborto nos três primeiros meses. E nos últimos meses apresentou pré-eclâmpsia, o que causou a indicação do parto prematuro.

Maria ficou sabendo o sexo do bebê no quinto mês de gestação. Disse que ficou sabendo porque a médica queria saber para definir quando seria o parto; se fosse menino esperaria 35 semanas, se fosse menina poderia ser antes. Ela disse que queria que fosse menina, já o pai esperava que fosse menino.

O nome do bebê, Milene, foi escolhido pela filha. É o nome de uma coleguinha da escola.

O parto foi vivenciado como algo terrível para Maria “Fizeram anestesia peridural, mas não pegou, daí fizeram raqui. O parto durou mais de uma hora. O bebê tava braba. Era como se dissesse ‘porque me tiraram antes se eu não queria?’” O bebê nasceu com 32 semanas de idade gestacional, pesando 1610g. Nasceu bem, sem problemas de saúde, ficando somente meio dia em campânula com O2 a 50%. Seu APGAR foi 8 no primeiro minuto e 9 no quinto minuto.

Ao ver o bebê na incubadora pela primeira vez, Maria sentiu muita angústia e teve dificuldades para falar no assunto, chorando. Acha que agora está aceitando melhor a incubadora. “O problema é a distância com o bebê”.

Maria continuou com pressão alta, passado seis dias após o parto. “O problema maior é a oscilação da pressão, me dá um grande mal estar”. Com relação à saúde do bebê, Maria disse que “de antes de ontem para cá estou bem contente. É que tiraram a sonda da boquinha dela, agora já mama na mamadeira e logo poderei dar o seio. Acho muito importante ela poder mamar no seio. Será melhor para ela e também estará perto de mim”.

Segundo Maria, o marido emocionava-se quando via o bebê. “A nossa relação é ótima! A distância é que é ruim. Nos vemos só nos fins de semana, e nos falamos por telefone”.

Em relação à equipe de Neonatologia, Maria referiu sentir-se insegura, por serem os doutorandos quem cuidam do bebê. Ela gostaria que fossem médicos mais velhos, mais experientes.

Observações durante Intervenção

Esta díade (Maria e Milene) foi designada para a intervenção envolvendo fala afetiva no 6º dia de vida do bebê, que pesava 1535g. A mãe recebeu com atenção a orientação sobre a intervenção e logo mostrou desenvoltura em realizá-la, falando bastante e se esforçando em permanecer todo o período proposto (15 min) sempre falando.

Neste primeiro dia de intervenção, o bebê encontrava-se dormindo dentro da incubadora. Após quatro minutos de intervenção, com a mãe falando para ela, ela tenta abrir os olhos. Depois de aproximadamente 8 minutos, Milene abriu os olhos várias vezes e sorriu. Maria mostrou-se satisfeita quando viu as reações do bebê. Havia bastante barulho de choro na unidade, o que parecia distrair a mãe em alguns momentos da intervenção.

Ao término da intervenção Maria verbalizou, para a autora, que estava muito feliz por ver as reações do bebê, e principalmente pelo fato de ser a primeira vez que o bebê olhou para ela. Comentou, ainda, não saber da importância de se falar com os bebês; que tinha gostado e que gostaria de continuar participando do estudo.

No segundo dia de intervenção o bebê já estava em berço comum, apesar do pouco peso (1565g), pois já conseguia manter sua temperatura. Durante a intervenção, Maria segurou o bebê no colo e falava bastante, mostrando-se bastante afetiva.

Antes da intervenção, a mãe estava com o bebê no colo e falava docemente com ele enquanto o

embalava. Por alguns momentos esteve dispersiva devido ao barulho na UTIN. Algumas vezes olhou para a câmera com um certo ar de curiosidade, inclusive conversando com o observador. Apesar disso falava com seu bebê, o beijava e olhava sorrindo para ele a maior parte do tempo.

O período de intervenção iniciou com a mãe dando mamadeira para o bebê. O bebê já sem a sonda orogástrica, mamava calmamente no colo de sua mãe. Enquanto dava a mamadeira a mãe conversava com seu bebê, estimulando-o a mamar para “ficar forte”. Maria falou sobre coisas cotidianas, sobre o pai que chegaria no dia seguinte, sobre a irmã que estava em outra cidade,... Maria tentou algumas vezes posicionar-se face a face com seu bebê, como se quisesse analisar-lhe as expressões faciais. O bebê depois de mamar ficou sonolento, se movimentou lentamente e poucas vezes. A mãe, percebendo esta sonolência, repetia algumas vezes o nome da filha e pedia para que abrisse os olhos. Em alguns momentos o bebê realmente abriu os olhos e olhou para sua mãe. Aos 11 minutos a mãe pareceu cansada e perguntou ao observador quanto tempo faltava. De qualquer forma, continuou a conversar carinhosamente e sorriu para seu bebê quando este, após bocejar, sorriu para ela. Aos 14 minutos beija a filha e olha para o observador demonstrando cansaço de novo.

Depois da intervenção, a mãe continuou com seu bebê no colo e no início deste período, conversava com o observador. Maria falava à filha sobre um outro bebê da UTIN que chorava muito e este mesmo bebê a distrai por algum tempo. A mãe parou de falar e observou as expressões faciais do bebê sorrindo. Ela acariciava a cabeça da filha enquanto conversava com o observador, mas em seguida voltou a falar com seu bebê tentando posicionar-se face a face com ele. A mãe manteve-se um pouco dispersiva devido ao bebê que chorava na UTIN.

No dia seguinte, Maria mostrou-se muito interessada em falar para seu bebê. Foi interrompida no 8º minuto por um médico que veio examinar o bebê. Mãe mostrou-se preocupada em voltar logo a falar com o bebê, em continuar a intervenção. Pede para o observador “ver o tempo direitinho”. Volta a falar para seu bebê, e ao ver o bebê de olhos bem abertos destaca que é “a primeira vez que ela abre o olho assim. Coisa boa Milene, já tava com saudades do teu olho”. Ela mostra fotos de sua casa e da outra filha. “Vamos mostrar para a titia as fotos da casa e da mana. A Milene não é muito parecida com a mana.” O bebê mamou na mamadeira e olhou para a mãe, que mostrou-se feliz sorrindo bastante. O bebê engasgou e Maria tira a mamadeira de sua boca. Diz que está preocupada em tirar seu leite do seio, pois teve febre dois dias, e o leite está ‘empedrado’. O bebê estava pesando 1675g.

Já na oitava intervenção, a mãe mostrou-se preocupada com o tempo, preocupada em cumprir os 15 minutos propostos em sua totalidade. Bebê respondeu com expressões faciais à fala da mãe. Estava pesando 1670g. Antes da intervenção, a mãe, com o bebê no colo, falava docemente com ele mas distraiu-se parecendo preocupada com o bebê que chorava na UTIN. Milene dormia tranqüila apesar do barulho. Maria explicava para a filha que o bebê chorava porque tinha fome. Milene boceja e a mãe sorri, primeiro para ela, depois para o observador. A mãe também se dispersava ouvindo a conversa de outras pessoas na UTIN.

Durante a intervenção, Maria falava à filha sobre a família, os amigos,... É interessante notar que, algumas vezes, pode-se perceber claramente mãe e filha sorrindo uma para a outra, e é difícil distinguir exatamente qual das duas iniciou o comportamento. O bebê parecia sonolento e espreguiçou-se movimentando a cabeça. A mãe falou fluentemente mas seu olhar desviava-se da filha de acordo com a movimentação na UTIN. Maria contava para o bebê sobre as pessoas que telefonavam perguntando por ele, sobre o quanto todos queriam vê-la em casa brevemente. Aos 10 minutos a mãe parou de falar e fez uma expressão de quem não tinha mais assunto para aquele momento. Falou um pouco com terceiros, reposicionou-se face a face e voltou a conversar como fazia antes. A maior parte do tempo Milene pareceu dormir tranqüila.

Depois da intervenção, o bebê dormia e a mãe, em silêncio, observava o ambiente. Ela começou a falar com alguém e o bebê bocejou e começou a se espreguiçar. Maria olhou a filha e sorriu, mas continuou a falar com a pessoa. Aos poucos os movimentos do bebê foram se tornando mais frequente e Maria falou com ele, o acariciou e beijou sorrindo. A mãe beijou muitas vezes seu bebê enquanto este dormia.

No 10º dia a mãe estimulou o bebê a acordar, dizendo no início da intervenção “Vamos conversar, Milene”. O bebê logo abriu os olhos, acordando quando a mãe começou a falar. Em alguns momentos fechou os olhos, mostrando-se sonolento. A mãe conversou bastante com a filha durante todo o período. A observadora ficou impressionada com a clareza com que o bebê demonstrou respostas frente ao que a mãe falava. As duas realmente pareciam conversar. O bebê estava pesando 1730g.

Na 14ª intervenção, o bebê mostrou-se sonolento, pois a estimulação foi realizada logo após a

mamada. O bebê estava pesando 1900g.

O último dia de intervenção (15^o) coincidiu com a alta hospitalar, bebê com 1920g. Antes da intervenção, o bebê estava no colo de sua mãe e dormia tranquilo. A mãe conversava com alguém e logo após falou com o observador. Então ela se posicionou face a face com seu bebê quando este começou a se mexer, a bocejar e por fim abriu os olhos olhando para ela. Ela continuou falando com o observador sobre o bebê e aconchegando-o entre os cobertores que o envolvem. Ao final deste período, Maria estava desatenta observando o ambiente.

Durante intervenção a mãe começou falando: “Oi, Milene, tudo bem?” e seguiu contando que logo, logo iriam ver a maninha e o papai. O bebê começou a se agitar e a mãe pediu para que ficasse calminho para poderem conversar. O bebê chora um pouco e Maria pediu que não chorasse, que o papai iria logo buscá-las, e o embalou. O bebê se acalmou e Maria continuou a falar-lhe animadamente sobre a possibilidade de irem para casa naquele dia. Maria conta alguns fatos engraçados para a filha e ri para ela e para o observador. Ela contou para Milene que esperava que ela fosse ficar mais tempo no hospital, mas como ela foi “boazinha” e ganhou peso rápido, elas iriam embora logo. A mãe sorri muito contando estas coisas para a filha. O bebê botou o dedo na boca, a mãe pediu que tirasse e falou para o observador que achava que ele estava com fome. A mãe estava concentrada no que fazia e expressava intensa felicidade em seu rosto, além de repetir muitas vezes: “Que bom, né filha? Logo, logo você vai estar correndo e brincando!” Ao final deste período o bebê se agita, boceja e chora um pouco. Maria lhe pergunta se quer um leitinho.

Depois da intervenção, o bebê estava sonolento no colo da mãe. Um outro bebê chora e Maria olha com expressão de pena. Milene dorme com a boca aberta e Maria olha para ela sorrindo. A mãe falou com seu bebê baixinho e poucas vezes, dando a impressão de não querer atrapalhar-lhe o sono. Maria colocou a mão na testa de sua filha como a medir-lhe a temperatura. A mãe olhou para a filha a maior parte do tempo, sorriu para ela e lhe beijou algumas vezes.

Na última entrevista, Maria disse estar muito feliz, pois “acho que vamos embora hoje!! Isso quer dizer que a Milene está ótima, se desenvolvendo bem, ganhando peso e poderemos ir para casa. Os exames deram tudo bem.” Relatou que sentiu medo naquele dia, pois achou que a respiração dela estava diferente. “Parece que dá uma paradinhas”.

Maria disse que adora conversar com o bebê. “Acho que o fato dela ter saído da incubadora ajudou 50% para me sentir mais próxima dela. Mas o importante mesmo foi eu conversar com ela todos os dias. Isso ajudou e muito mesmo!!! Ela me olha, sorri e é muito bom isso. Me sinto bem próxima dela agora”.

Maria relatou que o pai estava morrendo de saudades, não via a hora de buscá-las. Naquele momento achava que sentia-se mais segura com a equipe médica, pois sabia que todas as decisões são tomadas em equipe dentro da Unidade Neonatal.

Díade 12

O bebê pré-termo Márcio é o primeiro filho de Cláudia, 19 anos, solteira, estudante de Medicina Veterinária. Reside com os pais e uma irmã mais nova na região da grande Porto Alegre. O pai do bebê, João Cláudio, 34 anos, era namorado de Cláudia há aproximadamente um ano quando ela engravidou.

Ela disse que a gestação não foi planejada, nem desejada. Ela não imaginava que estivesse grávida e só foi descobrir somente no 6^o mês. Sua primeira reação foi pensar em abortar, pois seu namorado sempre disse que não queria ter filhos. Disse que não teve tempo de sentir nada: “Fiz uma ecografia, e o médico disse que estava grávida e que era um menino. Foi um choque. Nunca imaginei, porque estava menstruando e como minha menstruação é irregular, não imaginava que estivesse grávida. Foi horrível, quando soube! Minha mãe me incentivou, fui aceitando aos poucos.” O pai do bebê levou um susto quando Cláudia contou para ele sobre a gestação. Ele perguntou a ela o que iria fazer. “Eu só tive chance de contar para ele, nem conversamos sobre o assunto. Logo tive que ser internada por causa da pressão alta.” A mãe de Cláudia “aceitou bem, me deu força, incentivou”. O pai dela no início não gostou, “agora tá aceitando. Minha irmã tá adorando. O meu pai não é de falar”. Sobre a família dele, ela não soube como reagiram à notícia. “Não deu tempo”.

Sua maior preocupação foi realizar um aborto. Outra foi esconder dos avós paternos, únicos ainda vivos. Sua avó teve esquemia no dia seguinte que ela ficou sabendo que estava grávida. Cláudia

ficou com medo de decepcioná-los, não queria que soubessem. Mas para sua surpresa, seu avô adorou. “A minha família toda parou por mim. Minha prima que está grávida de seis meses ficou com ciúmes, ela já está grávida há tempo, e eu fiquei sabendo tudo tão rápido, todos babando por mim e não dão mais bola para ela”.

Cláudia não tinha problemas de saúde anterior à gestação. Apesar de não ter consciência de estar grávida no início sentiu enjoos de manhã, mas pensava que era do café; e no ônibus para faculdade, também sentia enjoos e pensava que era do balanço do ônibus. Apresentou pré-eclâmpsia no final, quando soube que estava grávida. Foi logo internada por uma semana em seu município, e seu namorado chegou a levar dinheiro para que ela realizasse o aborto, mas não conseguiu falar com ela, pois já estava internada. Voltou para casa três dias e foi novamente internada no HCPA, uma semana depois foi indicado o parto prematuro.

Ela achou que o parto foi tranquilo: “Foi jóia! Não senti dor. Senti emoção. Eu ia dar o bebê, já tinha até achado um casal de advogados que queriam, mas quando eu vi o bebê chorar, senti e pensei - esse é meu!!” Com relação ao bebê achou que o parto foi bem. “Ele não tava bem dentro de mim. Tinha pouco líquido. Seria melhor ganhar ele mais rápido. Melhor para ele e para mim”. O bebê nasceu com 33 semanas de idade gestacional, pesando 1350g, e sem problemas de saúde ao nascimento. Seu APGAR foi 5 no primeiro minuto e 10 no quinto minuto. Ao chegar na UTIN, ele fez apnéia com cianose generalizada, sendo colocado em O2 por campânula durante 24 hs.

A mãe foi ver o bebê na UTIN no dia seguinte. “Achei estranho ver ele naquela caixinha, tão pequenininho. Eu fiquei com medo de tocar nele. Minha mãe tava junto. A enfermeira perguntou se eu queria tocar. Tive medo de machucar ele, tão pequenininho.” Ela preferia que fosse uma menina, por achar “mais feminina para lidar”. O nome foi escolhido já no hospital, sua mãe e irmã sugeriram nomes bíblicos, “por causa do jeito que tudo aconteceu. Foram sugeridos vários nomes. Acabei escolhendo Márcio, quando minha tia ligou sugerindo o mesmo nome.”

No momento da entrevista, o bebê estava com dois dias de vida, ela disse que sentia-se melhor. “Eu não estava aceitando a gravidez. Pensei em tirar, mas agora se acalmou tudo”. Estava bem de saúde, a pressão já havia normalizado. O bebê estava bem, e ela disse “Bom, acho que está bem... os médicos dizem que ele está bem. Nem precisou de ajuda para respirar...” Com relação à incubadora, ela achava que já havia se acostumado.

O pai do bebê ainda não o conhecia, e ela não sabia como estaria a relação do casal quando ela voltasse para casa. Com relação à equipe médica ela referiu estar adorando-a e sentindo-se, “são super simpáticos”. E no final, disse “não sei como vai ser quando voltar para casa. Com minhas amigas da faculdade, o pai do bebê...”

Observações durante Intervenção

Esta díade foi designada para a intervenção fala afetiva no 3º dia de vida do bebê, que pesava 1260g. A mãe ainda estava hospitalizada, recebeu as orientações com atenção e mostrou dificuldades para ficar ao lado da incubadora realizando a intervenção, dizendo não sentir-se bem. Falou baixinho e realizando pausas em sua fala. O bebê estava sonolento, abrindo os olhos e emitindo expressões de “sorriso”. A mãe posicionou-se face a face, e sorriu frente aos movimentos do bebê. Ele emitiu, também, movimentos involuntários e sugou a sonda. Aos 10 minutos ela pediu para parar porque precisava deitar-se, sentia dor na ‘cesárea’. Disse que tentaria novamente à tarde.

No dia seguinte, o bebê estava pesando 1190g. Antes da intervenção, a mãe começou a falar animadamente com seu bebê, posicionando-se face a face com ele através da portinhola da incubadora. O bebê, além da sonda orogástrica, possuía outros esparadrapos e fios pelo corpo, o que, possivelmente, lhe diminuía os movimentos. Mesmo assim a mãe pareceu bastante contente, sorrindo claramente cada vez que o bebê se movimentava. Cláudia conversou fluentemente com seu bebê, parou poucos segundos de falar e quase nunca desviou seu foco de atenção do bebê na incubadora, o que demonstrou sua concentração no que fazia.

Durante a intervenção, Cláudia continuou a se posicionar face a face com seu bebê. Por alguns segundos o bebê se movimentou bastante, e ela, abrindo um largo sorriso, pediu que ele acordasse. A mãe pareceu interpretar cada movimento do bebê como uma resposta ao que ele estava fazendo, mudando inclusive a entonação de sua voz a cada movimento que ele fazia, sem falar na sua expressão de

felicidade. A mãe pareceu preocupada quando Márcio, ao mexer-se, puxou a sonda orogástrica. Repreendeu-o dizendo para tirar a mão da sonda e como ele continuou puxando ela interferiu tirando a mão do bebê da sonda, este foi o único momento em que ela colocou sua mão dentro da incubadora. Deve-se salientar que a mãe, por diversas vezes durante este período, tentou chamar a atenção do bebê pronunciando o seu nome.

Ela foi interrompida por alguns segundos pela auxiliar de enfermagem afirmando que fosse trocado o forro da incubadora em que Márcio se encontrava. No entanto, nem mesmo enquanto este procedimento era executado, a mãe se dispersou de sua tarefa, retomando a fala afetiva assim que lhe foi possível.

Depois da intervenção, a mãe continuou posicionada face a face com seu bebê, falou fluentemente mas com um pouco mais de suavidade, não demonstrou nenhum tipo de cansaço e manteve a mesma concentração que marcou os períodos anteriores. O bebê, por sua vez, movimentou-se um pouco menos durante este período, aparentando uma certa sonolência.

Nos dias que se seguiram, Cláudia disse que estava gostando de falar com o bebê e que fazia mais vezes por dia e mais tempo do que o combinado. Referiu, ainda, que quando o bebê estava agitado e ela começava a falar ele se acalmava. Ela estava impressionada com o choro dele: “como ele chora forte, não sabia que tão pequenininho assim pudesse chorar forte”. Durante as intervenções, o bebê acordava e a mãe sorria bastante.

Já no 7º dia de intervenção, o bebê estava pesando 1155g. A mãe estava com ele no colo, dizendo ter gostado muito de pegar ele, e que preferia conversar com ele no colo: “Sinto ele mais próximo de mim”. O bebê espreguiçou-se bastante e ela disse: “Que preguiça meu filho! Tu é muito preguiçoso.” A auxiliar aproxima-se e dá várias medicações pelo abocat, depois a mãe pede para colocá-lo na incubadora. O bebê tinha apresentado alergias a algumas medicações, sendo necessário trocá-las.

No dia seguinte, o bebê estava com 1160g. Logo que a observadora chegou, Cláudia parecia cansada e incomodada, dizendo não ter assunto para falar. O bebê estava acordado antes da observação. A mãe se posicionou face a face com seu bebê através da janela da incubadora e falou com ele em um tom de voz suave. Olhou para a observadora e disse: “Dormiu agora...” O bebê continuava com a sonda orogástrica, mas os demais esparadrapos e fios já haviam sido retirados. Ao longo destes 5 minutos, o bebê, que estava de bruços, alternou momentos de extrema tranquilidade com momentos de movimentação intensa. A mãe falou pausadamente e em baixo tom de voz.

Durante a intervenção, Cláudia falou bem perto da incubadora e manteve um tom de voz bastante baixo, quase sigiloso. O bebê parecia dormir e pouco se mexia, mas mesmo assim, ela não desviava sua atenção dele, falando com carinho e sorrindo algumas vezes. Aos 8 minutos a mãe foi interrompida por uma auxiliar e obrigada a mudar de lado na incubadora. O bebê teve o rosto virado para onde a mãe estava, e esta já havia se posicionado de forma a continuar face a face com ele. Por quase 3 minutos a intervenção esteve interrompida afirmando que fossem administrados medicamentos ao bebê através da sonda, mas nem assim Cláudia pareceu desconcentrar-se do que fazia. Após esse procedimento o bebê passou a se movimentar com maior frequência por um certo tempo, inclusive bocejando como se quisesse acordar, mas depois acalmou-se novamente. Ele dormiu de boca aberta, e ela falou para ele fechar, dizendo achar feio dormir de boca aberta. O bebê fechou a boca em seguida e ela disse: “Isso mesmo, assim é melhor.” Cláudia continuou falando bem baixo através da janelinha da incubadora.

Depois da intervenção, a mãe continuou na mesma posição em que estava no fim do período anterior, porém demonstrou um certo cansaço, apoiando sua cabeça sobre a mão para posicionar-se na janelinha da incubadora. Mostrou-se também um pouco mais dispersiva no início deste período, mas readquiriu sua concentração alguns momentos depois. O bebê parecia dormir tranquilo.

No dia seguinte, o bebê estava alerta e movimentando-se lentamente. Ela falou bastante e sempre baixinho, com o rosto apoiado na portinhola da incubadora. Ela disse estar preocupada, pois ele estava “cheio de fios”. No final da intervenção, ela referiu que iria falar com a médica: “Parece que ele tem uma infecção, não entendi direito, vou falar com a médica depois”. O bebê estava apresentando febre e havia feito uma apnéia, a residente disse que estava realizando exames para comprovar sepsis. O bebê estava pesando 1190g.

No 12º dia de intervenção, o bebê já pesava 1480g. Estava na incubadora, mamando via sonda. Ela referiu que estava vindo ao hospital mais à tarde, para estudar de manhã, pois ir fazer três provas em sua cidade em alguns dias. O bebê dormia, mexeu a mão e depois vocalizou e ela disse: “Que tá

resmungando aí? ” Ela olhou para ele e sorriu. Depois falou: “Natal não vou fazer grandes coisas. Só uma jantinha com a tia e o marido dela. Eles queriam sair hoje, mas vamos deixar para amanhã.” O bebê estava bem alerta. Ela posicionou-se face a face com ele. Ela percebeu que ele estava com soluço e toca no bebê com uma mão. Ele ficou agitado, mas logo dormiu. E ela disse: “Ainda por cima é brabo”. No final da intervenção ela falou para o bebê: “Não tem presente para ti esse ano, tu é que vai ter que me dar um presente: ir embora”. O bebê agitou-se novamente e ela mudou o tom de voz na tentativa de acalmá-lo, dizendo: “Que foi filho? Tá tendo pesadelo?”

Na última intervenção, o bebê estava pesando 1520g. O bebê continuava com a sonda orogástrica e dormia de barriga para cima. No período anterior à intervenção, a mãe falava bem próxima à janelinha e não pareceu se importar pelo bebê ter virado o rosto para o lado oposto a ela, continuando nesta posição até o final do período. O bebê se movimentou pouco e Cláudia fez algumas pausas curtas em sua fala. Ela disse para ele: “Hoje é Natal. Teu primeiro Natal no hospital”. O bebê agitou-se e ela falou: “Que é isto? Tá embrabecendo?”

O período durante a intervenção inicia com o bebê com o rosto voltado para a direção de onde estava a sua mãe, fazendo com que ambos ficassem posicionados face a face. Cláudia falava baixinho na portinhola e demonstrava felicidade em observar os movimentos e expressões faciais de Márcio. O bebê vira o rosto para o lado oposto novamente. Ela tenta fazer com que desvire, acariciando o seu rosto. Como ele não o faz, ela mesma vira o rosto do bebê para o seu lado. Ela falou baixinho e olhou fixamente para seu filho durante todo o período, sua atenção só foi desviada quando o barulho na UTIN aumentou bastante, o que aconteceu por breves instantes. O bebê pareceu ficar cada vez mais relaxado ao longo do tempo, dormia calmo movimentando braços e pernas bastante lentamente. No final deste período o bebê foi manuseado pela auxiliar e preparado para mamar SOG.

Depois da intervenção, a mãe auxiliou o bebê a mamar SOG não parando de falar com ele através da portinhola da incubadora. Ao terminar a mamada, Cláudia ouviu por alguns instantes as instruções da auxiliar, mas em seguida continuou a falar com seu bebê com a mesma concentração que lhe foi característica durante todas as observações. O bebê dormia calmamente, quase sem se mexer.

Na última entrevista, Cláudia disse estar “muito bem. O bebê está ótimo! Evoluindo bem, ganhando peso. Hoje está com 1520g e os antibióticos já estão no fim, isso quer dizer que faltam 500g para ir para casa”. Não achava nenhum problema ao vê-lo na incubadora. “Acho normal, já estou acostumada, acho que é porque vejo ele todos os dias, a gente vai se acostumando.”

Sua irmã havia lhe dito que o pai do bebê esteve em sua casa há dois dias antes perguntando por ela e pelo bebê. Pediu a ela que quando Cláudia fosse à cidade que avisassem a ele, para ele ir falar com ela.

Disse não ter queixas com relação à equipe, sentindo-se totalmente segura com eles. Quanto aos cuidados ao bebê, ela disse que “só troco fralda e seguro a seringa da mamadeira. O resto ainda não aprendi”.

Quando questionada sobre o que havia achado de participar do estudo, ela respondeu: “Ajuda demais! Ainda ontem eu falei para minha mãe, que bom que eu tenho alguém para conversar, para me orientar com o Márcio. Principalmente no meu caso, que estou sozinha aqui em POA, venho sozinha para o hospital, porque minhas tias trabalham e não podem vir comigo. Acho que a tua ajuda foi fundamental. E eu estou adorando conversar com o Márcio, se tu não tivesse me pedido, eu não falaria, porque a gente não sabe dessas coisas. O que fazer para ajudar, realmente a gente fica perdida numa situação como essa, então eu achei ótimo poder participar do estudo.”

O bebê recebeu alta 20 dias após o término da intervenção, pesando 2080g.