UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

ROSELY APARECIDA PRANDI PERRONE

INTERVENÇÕES LÚDICAS COM MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO HOSPITALIZADOS

SÃO BERNARDO DO CAMPO
2008

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

ROSELY APARECIDA PRANDI PERRONE

INTERVENÇÕES LÚDICAS COM MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO HOSPITALIZADOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Barros de Oliveira

SÃO BERNARDO DO CAMPO
2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Perrone, Rosely Aparecida Prandi
P429i Intervenções lúdicas com mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados / Rosely Aparecida Prandi Perrone. 2008.
112 f.

Dissertação (mestrado em Psicologia da Saúde) –Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2008.
Orientação de: Vera Barros de Oliveira

1. Prematuro 2. Ansiedade 3. Gravidez de alto risco I. Título
CDD 157.9

ROSELY APARECIDA PRANDI PERRONE

INTERVENÇÕES LÚDICAS COM MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO HOSPITALIZADOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: _____

Data de defesa: _____/_____/_____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____

Titular Umesp _____

Titular (outra instituição): _____

Dedico este trabalho em especial às mães e aos bebês que dele participaram, os quais têm todo meu respeito e admiração pela força, coragem e amor.

AGRADECIMENTOS

Ao Roberto, meu marido, pelo incentivo e paciência, sempre disponível para a revisão e valorização do meu trabalho;

À Paula, minha filha, que me proporcionou uma das melhores experiências da vida que é a de ser mãe;

À Profa. Dra. Vera Barros de Oliveira pela orientação, pelo incentivo e por nunca ter deixado de acreditar no meu potencial;

Ao Prof. Dr. José Tolentino Rosa e à Profa. Dra. Marília M. Vizzotto, pela valiosa contribuição no Exame de Qualificação;

Às equipes de trabalho das Unidades de Neonatologia do Hospital Estadual Mário Covas, de Santo André, e do Hospital Infantil e Maternidade Márcia Braido, de São Caetano, pela compreensão e contribuição, em especial à Dra. Paula Venturini Nireki.

Perrone, R.A.P. *Intervenções lúdicas com mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados.* 2008. 112 f. Dissertação (mestrado em Psicologia da Saúde) – Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Universidade Metodista de São Paulo, 2008.

RESUMO

Esta pesquisa investiga a influência de intervenções lúdicas na diminuição da ansiedade materna com mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados, em um hospital universitário da Grande São Paulo. São estudadas 30 mães que tiveram parto prematuro, com faixa etária entre 16 e 40 anos e escolaridade até 2º grau, por meio de estudo avaliativo-interventivo-evolutivo. Inicia-se por uma entrevista psicológica semidirigida, com o objetivo de traçar o histórico gestacional, seguida de aplicação da Escala de Ansiedade, Depressão e Irritabilidade – IDA, visando identificar o nível de ansiedade materna e do Inventário de Percepção Neonatal – IPN-I para verificar a expectativa das mães em relação ao comportamento de choro, alimento e vômito de seus bebês pré-termo. A seguir são efetuadas intervenções grupais lúdicas em 16 encontros, um a cada semana, de 60 minutos, segundo modelo piagetiano, que estimula processos afetivos-emocionais e cognitivos. Os dados relativos ao histórico gestacional revelam que 75% das mães encontram-se na segunda gestação e já sofreram aborto ou óbito fetal; têm idade gestacional média de 31 semanas; peso médio do bebê ao nascer de 1.640g. e tempo de internação médio de 39,93 dias. Na análise do IDA em relação à ansiedade, 75% delas apresentam escore de alta intensidade (11,25), também alto quanto à depressão (10); o escore médio (3,73) da irritabilidade exteriorizada acompanha o da irritabilidade interiorizada (3,23). A correlação entre depressão e ansiedade indica que uma reação emocional segue a outra, não havendo diferença significativa importante entre ambas (p=0,306). O IPN-I comprova que as 30 mães têm expectativas em relação ao próprio filho similares aos bebês em geral, mostrando escores médios de 8,63 e 9,20, respectivamente, confirmados pelo escore 10,0 apontado em 75% da amostra, o que configura uma alta expectativa quanto aos aspectos de sono, alimentação e vômito dos bebês. A análise qualitativa revela que a criação de grupos lúdicos mostra-se favorável, com alta adesão e motivação das mães, favorecendo a diminuição da ansiedade, a adaptação à realidade vivida e a interação mãe-bebê de forma saudável durante a internação. O estudo apresenta a trajetória interventiva de três casos emblemáticos de diferentes níveis de ansiedade, ilustrando esta evolução. Estes dados sugerem que esta modalidade de intervenção caracterize-se como uma medida de prevenção, promoção e preservação da saúde física e psíquica da mãe e do recém-nascido prematuro, com repercussões na família e na sociedade.

Palavras-chave: prematuro, lúdico, ansiedade materna, gravidez de risco.

Perrone, R.A.P. *Ludical interventions with mothers of hospitalized preterm newborns.* 2008. 112 p. Dissertation (Masters in Health Psychology) – Psychology and Phonoaudiology College, Metodista University of São Paulo, 2008.

ABSTRACT

This research investigates the influence of ludical interventions on the reduction of maternal anxiety in mothers of hospitalized preterm newborns, in a university hospital of grande são paulo. Thirty mothers who had premature births are studied, aging from 16 to 40 years old and up to secondary-level schooling, through evaluative-interventive-evolutive study. It begins with a semi-directed psychological interview, with the objective of drawing the gestational record, followed by the application of the irritability-depression-anxiety scale – IDA, aiming to identify the level of maternal anxiety, and the neonatal perception inventory – IPN-I, to verify the expectation of the mothers in relation to the crying, eating and vomit behavior of their preterm babies. After this, ludical interventions are made in 16 meetings, once a week, during 60 minutes, according to the piagetian model, that stimulates affective-emotional and cognitive processes. The data related to the gestational record show that 75% are in the second pregnancy and have already had a miscarriage or fetal death; they have an average gestational age of 31 weeks; average baby´s birth weight of 1,640 kg and average time of hospitalization of 39.93 days. In the analysis of the IDA relating to the anxiety, 75% show a score of high intensity (11.25), also high in relation to the depression (10); the average score (3.73) of the exteriorized irritability is the same of the interiorized irritability (3.23). The correlation between depression and anxiety indicates that an emotional reaction follows the other, and there´s no significant important difference between them (p=0.306). The IPN-I proves that the 30 mothers have compatible expectations of their babies with the babies in general, showing average scores of 8.63 and 9.20 respectively, confirmed by the score 10.0 showed in 75% of the sample, what shows a high expectation in the aspects of sleeping, eating and vomit of the babies. The qualitative analysis reveals that the creation of ludical groups is favorable, with a great joint and motivation of the mothers, favoring the reduction of the anxiety, the adaptation to the reality lived, and the interaction between mother and baby in a healthy way during the hospitalization. The study presents the interventive trajectory of three emblematic cases of different levels of anxiety, ilustrating this evolution. These data suggest that this type of intervention is characterized as a measure of prevention, promotion and preservation of the physical and psychical health of the mother and the premature newborn, with repercussions in the family and in the society.

Key words: *pre-term born, ludic, anxitey, high risk pregnancy.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Análise Descritiva do Estudo. 60

Tabela 2. Correlação entre Depressão e Ansiedade. 61

Tabela 3. Correlação entre Ansiedade e Expectativa em relação ao próprio filho. 63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico de Dispersão entre Ansiedade e Depressão...... 62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12
1.1 O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO 17
1.1.1 Aspectos Psicofuncionais do Recém-Nascido Pré-Termo e sua Evolução 24
1.1.2 A Evolução dos Aspectos Psicofuncionais no Desenvolvimento da Interação Mãe-Bebê 29
1.2 O PAPEL DO LÚDICO FRENTE À ANSIEDADE MATERNA E SEUS FATORES DE RISCO 33
1.2.1 Humanização do Atendimento à Mãe de Recém-Nascido Pré-Termo: o Método Mãe Canguru 39
1.2.2 O Lúdico E A Humanização Hospitalar 43

OBJETIVO GERAL 49

2 MÉTODO 51
2.1 SUJEITOS 51
2.2 AMBIENTE 51
2.3 MATERIAL, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS 51
2.4 PROCEDIMENTO 55
2.5 ANÁLISE DOS DADOS 58

3 RESULTADOS 60

4 DISCUSSÃO 82

5 CONCLUSÃO 91

REFERÊNCIAS 95

ANEXOS 100
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 101
ANEXO B – ESCALA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E IRRITABILIDADE - IDA 102
ANEXO C - INVENTÁRIO DE PERCEPÇÃO NEONATAL - IPN-I 106

APÊNDICES 107
APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA 108
APÊNDICE B - DESENHO DE R. M. G. 110
APÊNDICE C - DESENHO DE E. S. 111
APÊNDICE D - DESENHO DE R. P. F. 112

1. INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Ao entrar no século XXI, o Brasil apresenta um panorama ainda muito longínquo ao preconizado e, notoriamente, aquém em relação a outros países no que diz respeito ao processo de organização da rede de assistência perinatal. Embora a oportunidade de acesso a cuidados no pré, no parto e no pós-parto garanta a uma parcela da população a redução dos índices de mortalidade neonatal e a sobrevivência de recém-nascidos de risco, constata-se, ao mesmo tempo, um alcance limitado de atendimento efetivo e adequado abrangente a todos.

O conhecimento da morbidade e da mortalidade é essencial para nortear decisões importantes relacionadas ao cuidado perinatal, à orientação aos pais e à previsão da necessidade de serviços de saúde.

A análise dos dados disponíveis quanto ao coeficiente de mortalidade infantil e seus componentes no Brasil a partir de 1990 confirma a importância da atenção ao problema da mortalidade neonatal no cenário da saúde de atendimento à criança em nosso país, certificando-se em 2001 um coeficiente de mortalidade de 14,0 para recém-nascidos entre um e seis dias, o que representa 51,1%; de 3,8 para recém-nascidos entre sete e 27 dias, significando 13,9%; e de 9,6 para recém-nascidos entre 28 dias e um ano, estimando 35% (CARVALHO; GOMES, 2005).

Vários fatores contribuíram para a redução do sub-registro dos óbitos neonatais nos últimos anos, dentre eles: a urbanização, o incremento de cobertura de notificação de óbitos e a maior informação sobre assistência ao parto em unidades de saúde, além da implantação de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal na rede pública, sendo que, mesmo serviços sem estrutura para o atendimento de gestação ou recém-nascidos de risco, passaram a transferi-lo para locais apropriados e preparados (CARVALHO; GOMES, 2005).

Recém-nascidos pré-termo se constituem na principal população atendida nas Unidades Neonatais. Trata-se de um grupo amplo e heterogêneo, incluindo bebês entre o limite da viabilidade até próximos ao termo, que apresentam características fisiológicas e patológicas

próprias e variadas. No Brasil, ainda é difícil obter dados precisos sobre a idade gestacional que pode avaliar a evolução e o nascimento de bebês prematuros, pois o cálculo obstétrico além de ser baseado na data da última menstruação, também depende de exames clínico e laboratorial, além de ultra-sonografia precoce da gestante (GOULART, 2004b).

A partir do final da década de 1980, a sobrevida de prematuros extremos aumentou expressivamente em países desenvolvidos, principalmente pela disponibilidade de surfactante exógeno e aumento antenatal de corticosteróides. Na década de 1990, nos Estados Unidos e no Canadá as estatísticas de sobrevida de prematuros extremos com idade gestacional entre 23 e 24 semanas foi de 5 a 68%, com 25 semanas de 60 a 79%, com 26 semanas de 75 a 87%, com 27 semanas de 71 a 88% e com 28 semanas, de 87 a 91% (GOULART, 2004b).

Dados do ano de 2000 de um hospital universitário do município de São Paulo revelam que a sobrevida de recém-nascidos pré-termo com idade gestacional inferior a 28 semanas foi de 71,5%, entre 28 a 34 semanas de 89% e entre 34 e 37 semanas de 98%.

O Brasil hoje em dia vem trabalhando com a visão de um novo paradigma em relação ao binômio saúde-doença, que é a da atenção humanizada, respeitando-se o paciente e sua família em suas características e individualidades (BRASIL, 2002).

A questão da humanização no contexto hospitalar vem se constituindo em um dos principais focos de trabalho preconizado pelo Ministério da Saúde nas últimas décadas (BRASIL, 2002). A permanência da mãe ao lado da criança hospitalizada é um direito de cidadania, garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1991), porém na prática do dia-a-dia ainda existem Unidades Neonatais que limitam o acesso e a permanência dos pais, em especial da mãe de recém-nascido pré-termo, justificados pelo risco de infecção.

Mais especificamente quanto a recém-nascidos, a humanização compreende segurança técnica da atuação profissional e condições hospitalares adequadas, aliadas à suavidade no toque durante a execução de todos os cuidados prestados, incluindo o respeito às condições físicas e psicológicas da mulher diante do nascimento (BRASIL, 2002).

Políticas de saúde voltadas para a prevenção perinatal e psicoprofilaxia, como mostram as estatísticas, reduzem os riscos de mortalidade para a mãe e para o bebê no período perinatal, bem como para os partos prematuros. Dados estatísticos de Unidades Neonatais apontam que mais de 10% dos partos ao ano é de recém-nascidos pré-termo, volume que acarreta altos custos ao orçamento hospitalar; quanto mais baixa a idade gestacional e o peso do recém-nascido, maior serão o período e o custo de sua internação (VALLE, 2002).

Informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) revelam que, quando não existem cuidados médicos no pré-natal, parto e pós-parto, a mortalidade infantil sobe a valores alarmantes. Porém, quando a assistência ocorre no pré-natal e no parto, os valores baixam de 207 óbitos entre 1.000 nascidos para 63, sendo que, quando a gestante realiza o pré-natal, o parto ocorre em condições adequadas e o bebê recebe assistência, estes índices caem para 20 mortos entre 1.000.

Durante os últimos anos, a pesquisadora vem trabalhando com gestantes de alto risco, partos prematuros e recém-nascidos pré-termo que permanecem internados em Unidades Neonatais por tempo indeterminado. Nesse período, percebeu a importância da interação mãe-bebê quando do nascimento prematuro e a necessidade de uma intervenção que minimize a ansiedade materna gerada pelo processo de sofrimento vivido. Embora muitos hospitais realizem um trabalho de humanização ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru e prática de aleitamento materno exclusivo – constata-se a necessidade de implementar uma intervenção que contemple a mãe de forma plena e compensatória à realidade enfrentada. No início dos anos 1990, a pesquisadora iniciou seus estudos sobre a brincadeira numa visão piagetiana, passando desde então a utilizá-la no trabalho que desenvolve. Desta forma, decidiu levá-lo às mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados, visando atendê-las de forma efetiva e eficaz, diminuir o nível de ansiedade, facilitar a adaptação ao momento vivido e possibilitar uma interação mãe-bebê afetiva e saudável.

O nascimento de um bebê pré-termo é o começo de um período estressante para os pais, provocando grande impacto, criando alto nível de ansiedade na mãe e afetando sua percepção em relação a seu bebê (GASPARETTO, 1998). Alguns estudos mostram que as principais reações

emocionais de mães de recém-nascidos pré-termo são ansiedade, depressão e estresse (PADOVANI et al., 2004).

Ruiz et al. (2005) revelam que, em um estudo realizado através de um programa de intervenção desenvolvido com mães de recém-nascidos pré-termo, o grupo de mães que recebeu intervenção psicológica apresentou níveis de estresse significativamente menor que o grupo controle. O modelo de atenção realizado durante a internação mostrou também uma redução expressiva de estresse e depressão materna.

Padovani et al. (2004) avaliaram 43 mães de recém-nascidos pré-termo. Num primeiro momento, a avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão aconteceu durante o período de internação do recém-nascido. Após a alta hospitalar do bebê, foi realizada uma reavaliação das mães. Os resultados indicam que as mães de bebês pré-termo apresentam ansiedade situacional e necessitam de suporte psicológico para enfrentar a internação do bebê e prevenir problemas futuros na interação mãe-bebê. Concluem que a atenção psicológica da equipe pode facilitar a adoção de medidas gerais e específicas para a prevenção de saúde, além da preservação do bem-estar físico e mental da dupla mãe-bebê.

De acordo com Brum e Schermann (2004), que fizeram uma revisão da literatura sobre nascimento de risco, a mãe de um bebê nestas condições necessita de orientação da equipe e apoio emocional durante o trabalho de parto e período pós-parto, com a finalidade dos pais se sentirem seguros e cuidados. Apontam também a importância de uma intervenção para prevenir o surgimento de transtornos gerais do desenvolvimento.

Valle (2002), em sua investigação sobre ansiedade em mães de bebês pré-termo, concluiu que os níveis qualitativos e quantitativos são os mesmos tanto no Brasil quanto na Dinamarca, evidenciando que o sintoma independe da qualidade dos recursos hospitalares, pois o tipo de ansiedade das mães tem a mesma resposta psicossomática.

Vizziello; Rebecca; Calvo (2001) em um estudo realizado com recém-nascidos pré-termo e recém-nascidos a termo durante 12 meses, mostram nos resultados diferenças entre ambos com

relação ao apego. As representações maternas podem ser fontes importantes no desenvolvimento e na relação com o bebê. O elemento essencial está na capacidade da mãe enfrentar o nascimento do bebê prematuro. O estudo levanta quatro tipos de vínculos: inseguro-evitativo, seguro, inseguro-ambivalente e desorganizado-desorientado. Segundo os autores, quando se verificam conflitos com experiências maternas traumáticas existe uma tendência de vínculo desorganizado.

Com os avanços dos processos de diagnóstico e terapêutica na área da neonatologia e o posterior acompanhamento da evolução em longo prazo de bebês prematuros, estudos indicam que a falta de oportunidade de interação efetiva entre a díade mãe-bebê pode levar a desordens no relacionamento entre ambos e prejuízos no processo de desenvolvimento integral da criança (KLAUS; KENNELL, 1995).

Neste sentido, este estudo visa, justamente, a diminuição da ansiedade materna para conseqüente interação positiva mãe-bebê. Busca-se a presença materna de maneira afetiva, ativa e participativa, utilizando-se o lúdico como estratégia que conjuga espontaneidade e criatividade; leva a uma progressiva aceitação das regras sociais e morais; contribui nas habilidades e competências cognitivas e sociais, além de desenvolver vínculos afetivos duradouros (OLIVEIRA, 2000).

Esta pesquisa desenvolveu-se com base nos recentes dados do Ministério da Saúde sobre recém-nascidos pré-termo (BRASIL, 2002), utilizando como referencial teórico Piaget (1973, 1978, 1979 e 1987).

Inicia-se, assim, com uma abordagem sobre o recém-nascido pré-termo, enfocando sua caracterização, passando aos aspectos psicofuncionais e sua evolução frente à interação mãe-bebê. A seguir, no próximo capítulo, desenvolve o papel do lúdico frente à ansiedade materna, seus fatores de risco e o lúdico na humanização hospitalar.

1.1 O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) um bebê pré-termo é aquele que nasce antes de completar a 37ª semana de idade gestacional (IG), calculadas a partir do primeiro dia da última menstruação; 259 dias.

Várias curvas de crescimento foram desenvolvidas para classificar o recém-nascido segundo o peso. A adequação do peso para a idade gestacional é um importante indicador clínico de morbidade neonatal e um fator de risco para mortalidade e atrasos de desenvolvimento. As curvas são utilizadas para verificar se o peso está dentro da faixa de normalidade para a idade gestacional, que é definida como o peso entre os percentis 10 e 90 de uma determinada curva de crescimento. Os recém-nascidos com peso e percentis 10 e 90 são considerados adequados para a idade gestacional (AIG), os abaixo do percentil 10 são pequenos (PIG) e os acima de 90 são grandes (GIG) (GOULART, 2004a).

Historicamente, com os trabalhos de Bataglia e Lubchenco (1967), o recém-nascido passou a ser classificado baseado na correlação peso/idade gestacional, pelas curvas de percentis de crescimento fetal, o que permite uma avaliação antecipada da morbidade neonatal e conseqüentes cuidados a serem prestados. Desta forma, temos a seguinte classificação: pré-termo, termo e pós-termo.

Alexander e colaboradores publicaram em 1996 um estudo sobre crescimento fetal, comparando com os dados de Lubchenco de 1966 e observaram que pelos novos critérios utilizados 8,99% dos recém-nascidos entre 20 e 32 semanas, 3,22% daqueles entre 33 e 36 semanas, 2,55% dos recém-nascidos a termo e 3,71% dos pós-termo seriam considerados PIG, o que representa, atualmente, que um maior número de recém-nascidos necessita de cuidados especiais (GOULART, 2004a).

Usher (1981) baseado no conceito da Academia Americana de Pediatria e com o objetivo de melhor identificar os recém-nascidos pré-termo, classifica-os em três categorias: pré-termo limítrofe (37 a 38 semanas), que apresenta peso normal, problemas de sucção nos primeiros dias

de vida, o que ocasiona lentidão ao se alimentar, tendência à icterícia e, ocasionalmente, desconforto respiratório. Há baixo risco da doença da membrana hialina, risco que aumenta muito nos nascidos por parto cesárea, em relação aos nascidos ao parto vaginal, da mesma idade gestacional. Este grupo compreende crianças que podem pesar mais de 2.500g ao nascimento, e que às vezes são cuidadas junto com os recém-nascidos a termo; pré-termo moderado (31 a 36 semanas), necessita de um suporte de atendimento diferenciado, com maior suscetibilidade às infecções graves e às patologias pulmonares. Pode apresentar malformações congênitas, infecção pré-natal, hipotermia, anóxia, hipocalcemia, hipoglicemia, acidose metabólica tardia, anemia, dificuldade na alimentação, nutrição parental prolongada, maior ocorrência de doença da membrana hialina grave, maior responsável pelos óbitos neste grupo; e pré-termo extremo (24 a 30 semanas), inviável até alguns anos por se encontrar no limite biológico da sobrevivência, particularmente por apresentar uma imaturidade estrutural e funcional da maioria dos sistemas. Apresenta problemas clínicos que são comuns aos demais recém-nascidos pré-termo, contudo numa intensidade e gravidade mais acentuada, devido ao grau de imaturidade.

Os recém-nascidos pré-termo extremos podem ainda ser subdivididos em: de 28 a 30 semanas (pesando de 1.000 a 1.500g) - os cuidados são complexos, mas existe possibilidade de sobrevivência sem seqüelas aparentes; e de 24 a 27 semanas (pesando de 650 a 1.000g) - nestes casos os problemas são muitas vezes insuperáveis, pela imaturidade dos seus vários sistemas e aparelhos.

Diferentes informações ajudam a determinar a duração da gestação. O obstetra utiliza a história materna, suas próprias observações e uma série de exames laboratoriais, enquanto o pediatra se vale de características físicas e do desenvolvimento neurológico do recém-nascido; juntos estes dados permitem estabelecer a idade gestacional com precisão de uma a duas semanas (LUBCHENCO, 1984).

A idade gestacional pode ser estabelecida pelo cálculo da data da última menstruação (DUM) e pela realização de uma avaliação pediátrica logo após o nascimento, por meio da análise de uma série de características físicas e neurológicas, baseadas no método descrito por Capurro (que é uma simplificação do método de Dubowitz). Entretanto, apresenta limitações importantes na

avaliação de recém-nascidos pré-termo extremos, pois a menor idade gestacional possível de avaliar é de 29 semanas (GOULART, 2004b).

Segundo Kliegman (1996), é difícil separar os fatores relacionados à pré-maturidade daqueles associados ao retardo do crescimento intra-uterino, pois existe uma forte correlação entre pré-maturidade, retardo do crescimento intra-uterino e baixo nível sócio-econômico. Em famílias de baixo nível sócio-econômico é alta a incidência de desnutrição materna, anemia, doenças, cuidados pré-natais inadequados, uso de drogas, complicações obstétricas e história materna de ineficiência reprodutiva (relativa infertilidade, abortos, outros bebês pré-termo ou de baixo peso). Outros fatores de pré-maturidade podem estar associados à gravidez na adolescência; pequeno intervalo entre gestações e tabagismo materno.

O nascimento de recém-nascidos com baixo peso, geralmente, está associado a condições médicas, na qual pode haver incapacidade do útero em reter o feto, placenta prévia, pré-eclampsia, doenças crônicas (exemplo: doença renal), infecções maternas (exemplo: infecções no trato urinário) ou um estímulo efetivo para contração uterina antes do tempo, entre outros. Os fatores associados ao retardo intra-uterino do feto podem ser de origem fetal (desordens cromossômicas, infecções crônicas do feto, anomalias congênitas, radiação, gestação múltipla); placentária (decréscimo do peso da placenta, decréscimo da área de superfície, viroses, parasitas, bactérias, tumor, separação da placenta, entre outros); ou materna (toxemia, hipertensão, doença renal, hipoxemia, má-nutrição, doença crônica, anemia, e drogas) (GASPARETTO, 1998).

Sabe-se que anualmente nascem 20% de bebês prematuros em todo mundo (BRASIL, 2002). No Brasil, alguns dados revelam que a incidência de nascimentos pré-termo depende das características da população estudada. No Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, a incidência de partos prematuros encontra-se em torno de 12%. (VALLE, 2002). Na Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, do município de São Paulo, os índices de 2004 indicam aproximadamente 23,0% de nascimentos pré-termo. No Hospital Israelita Albert Einstein, do município de São Paulo, o percentual de 1994 indica uma média de 7% de partos prematuros (SEGRE, 1995). No hospital universitário de um município da Grande São Paulo onde se realiza este estudo, o percentual de partos prematuros é de 19%.

A assistência ao recém-nascido pré-termo exige o conhecimento de várias doenças e procedimentos específicos desde a sala de parto, cuja equipe de saúde precisa estar preparada para manobras de reanimação, pois os prematuros apresentam maior risco de asfixia perinatal. Normalmente, são bebês que necessitam de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, cujo transporte é feito apenas após a estabilização das condições clínicas, em incubadora aquecida (GOULART, 2004b).

Os recém-nascidos pré-termo com peso ao nascer superior a 2.000g e boas condições clínicas são mantidos em berço aquecido para observação por quatro a seis horas e transferidos para berço comum. Aqueles com peso inferior a 2.000g e/ou que apresentem algum tipo de doença são mantidos em incubadora para minimizar o gasto energético e receber tratamento adequado.

Recém-nascidos prematuros apresentam algumas condições clínicas freqüentes que necessitam de cuidados e acompanhamento diários, como o desconforto respiratório, sendo a taquipnéia transitória e a síndrome do desconforto respiratório as mais comuns. São também predispostos a apresentar crises de apnéia (pausas na respiração acima de 20") acompanhadas de cianose ou braquicardia (GOULART, 2004b). A síndrome de angústia respiratória idiopática, hipóxia, infecções, hemorragia intracraniana ou distúrbios metabólicos, além da pré-maturidade, responsável pelas apnéias ditas primárias, também podem ser a causa de apnéia no período neonatal (GASPARETTO, 1998). Episódios recorrentes de apnéia podem comprometer a evolução neurológica dos prematuros. O tratamento inclui suporte respiratório e uso de xantinas (GOULART, 2004b). Atualmente, se recomenda a monitorização das condições cardiorespiratórias, mesmo após a alta do berçário, fundamentalmente, devido a sua possível relação com a síndrome de morte súbita na infância (GASPARETTO, 1998).

Os prematuros que têm doença pulmonar aguda podem evoluir para displasia broncopulmonar, que requer o uso de oxigenoterapia após a 36ª semana. Caracteriza-se por uma doença multifatorial, sendo as lesões pulmonares um dos principais fatores de risco, em função da ventilação mecânica, inspiração de frações elevadas de oxigênio, edema pulmonar, infecções e deficiências nutricionais. O acompanhamento contínuo da oxigenação com oxímetro de pulso e análises gasométricas são fundamentais devido aos problemas respiratórios (GOULART, 2004b).

Quanto ao sistema cardiovascular, a principal doença do recém-nascido pré-termo é a persistência do canal arterial (PCA), cujas manifestações clínicas estão relacionadas ao tempo de melhora do distúrbio respiratório e à diminuição da resistência vascular pulmonar. As manifestações de PCA incluem sopro cardíaco, precórdio hiperdinâmico e pulsos amplos, podendo evoluir para insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e hemorragia pulmonar. O diagnóstico precoce é feito através do ecocardiograma e o tratamento inclui restrição hídrica, uso de diuréticos e indometacina (GOULART, 2004b).

Comumente, os prematuros também podem apresentar hipotensão arterial sistêmica que pode ser decorrente de hipóxia, sepse, hemorragias, suporte ventilatório com parâmetros elevados e uso de drogas. A hipertensão arterial sistêmica é menos comum, mas pode aparecer em função de displasia broncopulmonar, cateterismo arterial umbilical ou uso de drogas. Assim, os recém-nascidos pré-termo devem ser mantidos com monitoração cardíaca contínua e com controle de pressão arterial (GOULART, 2004b).

Quanto ao sistema metabólico e ao aspecto hidreletrolítico, a hipoglicemia é um distúrbio freqüente nos recém-nascidos pré-termo, principalmente pelas baixas reservas de glicogênio e imaturidade dos mecanismos endócrinos e enzimáticos de controle do metabolismo da glicose. A hiperglicemia também é comum, fundamentalmente nos de extremo baixo peso, devido às altas taxas de infusão de glicose e supressão incompleta da produção hepática. Desta forma, o controle dos níveis glicêmicos dos prematuros é imprescindível (GOULART, 2004b).

Recém-nascidos pré-termo sofrem uma perda insensível de água o que os tornam mais suscetíveis à desidratação e à hipertonicidade, aumentando o risco de hemorragia periintraventricular. Ao mesmo tempo, o aumento do volume hídrico pode ter conseqüências graves como persistência do canal arterial, insuficiência cardíaca congestiva e agravo da função pulmonar. Sendo assim, disfunções eletrolíticas como hipernatremia, hiponatremia e hiperpotassemia são comuns, cujo tratamento é realizado com restrição hídrica ou aumento da oferta de sódio (GOULART, 2004b).

A icterícia precoce é freqüente no prematuro, justamente pela imaturidade hepática, vida média diminuída dos eritrócitos, extravasamento de sangue e aumento da circulação êntero-hepática de bilirrubina, sendo a monitorização necessária (GOULART, 2004b).

Do ponto de vista neurológico, os prematuros têm maior risco de complicações relacionadas ao grau de pré-maturidade. Os recém-nascidos pré-termo são hipotônicos e não existem reflexos primitivos nos de muito baixo peso. Esses também apresentam hemorragia periintraventricular, cuja predisposição está relacionada à fragilidade dos vasos da matriz germinal e à auto-regulação limitada do fluxo sanguíneo cerebral, unidas à necessidade de ventilação, pneumotórax, convulsões e manipulação excessiva. Geralmente, manifesta-se como instabilidade cardiorrespiratória, sendo clinicamente silenciosa e podendo levar ao choque e ao óbito (GOULART, 2004b).

As hemorragias intracranianas podem ter graus diversos de gravidade e estão associadas ao nascimento precoce do recém-nascido; podem provocar lesões neurológicas e até mesmo a sua morte. A incidência das hemorragias intracranianas aumenta com o decréscimo de peso: 60% a 70% para bebês com 500g a 750g; e 10% a 20% para os com 1.000g a 1.500g. A hemorragia intracraniana é raramente presente ao nascimento; contudo 80% a 90% dos casos ocorrem entre o nascimento e o terceiro dia de vida (KLIEGMAN, 1996).

Outra manifestação neurológica comum e grave no recém-nascido pré-termo é a leucomalacia periventricular, devido ao hipofluxo sanguíneo cerebral. A leucomalacia periventricular cística traz seqüelas tardias como a paresia ou quadriplegia espástica, convulsões, dificuldade visual e atraso de desenvolvimento (GOULART, 2004b).

Os recém-nascidos prematuros são também mais vulneráveis a infecções bacterianas, virais e fúngicas. As infecções hospitalares são comuns, principalmente pela imaturidade do sistema imune, além de fatores de risco como a ventilação mecânica, a nutrição parenteral, cateterismo umbilical e procedimentos invasivos. Alguns sinais clínicos de infecção podem ser observados, entre eles estão hipoatividade, hipotermia, resíduo gástrico, distensão abdominal, apnéia, distúrbios metabólicos e cardiovasculares e manifestações hemorrágicas (GOULART, 2004b).

A retinopatia da pré-maturidade é uma doença vasoproliferativa exclusiva do recém-nascido prematuro, com incidência inversamente proporcional à idade gestacional. É uma patologia que pode causar comprometimento da acuidade visual, miopia e estrabismo. Alguns fatores de risco foram atribuídos à incidência de retinopatia, porém parece estar ligada à própria pré-maturidade, principalmente aos nascidos com peso inferior a 1.250g e ou idade gestacional inferior a 27 semanas (KOPELMAN; MIYOSHI; GUINSBURG, 1998).

Os recém-nascidos pré-termo manifestam ainda maior risco de deficiência auditiva devido aos quadros freqüentes de asfixia perinatal, hiperilirrubinemia, processos infecciosos, uso de drogas ototóxicas e exposição a ruídos (GOULART, 2004b).

Em relação ao aspecto nutricional, as necessidades dos recém-nascidos pré-termo são atendidas por via enteral e/ou parenteral. Os que apresentam quadro de asfixia perinatal, desconforto respiratório, infecção e má-formação congênita grave, mas possuem condições metabólicas e cardiocirculatórias estáveis, recebem nutrição parenteral a partir das 48 horas de vida. Aqueles que não têm contra-indicação para alimentação enteral recebem, tão logo seja possível, preferencialmente o leite materno. Os prematuros nascidos com 34 semanas ou logo após atingir 1.500g e que mostrem vitalidade recebem alimentação por via oral, recomendado o aleitamento materno por livre demanda (GOULART, 2004b).

Quanto à evolução de crescimento, o controle de peso deve ser diário, ainda que o recém-nascido prematuro esteja em incubadora e cuidados intensivos. O ganho de peso é de 15 a 30g/dia e a perda não deve ultrapassar 15% do peso de nascimento. As medidas de comprimento e perímetro cefálico são feitas semanalmente, cujos ganhos normalmente são de 1cm/semana. Os controles de peso, comprimento e perímetro cefálico devem ser realizados até as 40 semanas; a partir daí até os 2 anos, considera-se a idade corrigida como referência para controle (GOULART, 2004b).

Observa-se, portanto, que vários quadros clínicos e freqüentes complicações podem ser enfrentados pelos recém-nascidos pré-termo. A gravidade destes problemas vai depender das suas condições ao nascimento: idade gestacional, peso e cuidados da equipe de saúde recebidos pós-parto.

1.1.1 Aspectos Psicofuncionais do Recém-Nascido Pré-Termo e sua Evolução

Entre os autores a padronizar um exame neurocomportamental para recém-nascidos, Lefèvre (1950) foi um dos pioneiros. Outros estudos seguem a mesma linha, principalmente com ênfase na competência motora além da avaliação neurológica, sem levar em consideração qualquer componente comportamental (GASPARETTO, 1998).

A avaliação de Apgar (1953) utilizada no parto rotineiramente até os dias atuais, é uma escala que mede o estado físico do bebê mediante atribuição de valores numéricos de 0, 1 e 2 no primeiro e no quarto minuto após o nascimento, em relação aos seguintes critérios: freqüência cardíaca, esforço respiratório, tono muscular, resposta ao estímulo e cor da pele.

A asfixia, relacionada à diminuição de oxigênio no sangue, é também classificada com a escala de Apgar da seguinte forma: sem asfixia, nota 8 a 10; asfixia leve, nota entre 5 a 7; asfixia moderada, nota de 3 a 5; e asfixia severa que tem nota abaixo de 3. As técnicas de reanimação neonatal cada vez mais elaboradas têm grande influência na recuperação entre a nota do primeiro ao quinto minuto e sobre as conseqüências posteriores no neonato (ALMEIDA; KOPELMAN, 1995).

Vários autores desenvolveram avaliações de recém-nascidos com objetivo de diagnosticar qualquer alteração neurológica imediata evidente e traçar prognóstico em longo prazo.

Em relação ao recém-nascido pré-termo, Als (1986) elaborou uma avaliação comportamental do bebê prematuro, que compreende uma seqüência de manipulações, cada vez mais intensas, relativas às respostas motoras autônomas, de organização de estados e de habilidades auto-reguladoras. Dois grupos de comportamentos se manifestam:

1. de aproximação, que indica que o bebê está recebendo estímulo e interação na medida adequada (a extensão de língua, mão na face, segurar a mão do examinador, etc);
2. de retraimento, que indica stress do bebê, por sinais (choro, náusea, soluço, careta, etc) de que as estimulações devem interrompidas.

Conforme a teoria do desenvolvimento síncrono-ativa desenvolvida por Als (1986), o funcionamento do recém-nascido se dá em vários níveis, os subsistemas: autônomo, motor, de estados comportamentais e de atenção/interação. Cada um deles se relaciona diretamente com os outros e com o meio. Nesta troca sinática, os subsistemas não apenas existem lado a lado, mas interagem entre si, proporcionando suporte e reforçando o estado de equilíbrio.

O subsistema autônomo é o primeiro a aparecer no feto, compreendendo as funções vitais, ou seja, as funções neurovegetativas que gerem seus estímulos internos e externos (respiração, ritmo cardíaco, cor e aspecto da pele e sinais viscerais). Toda vez que o equilíbrio desse subsistema ou nos demais for afetado, o recém-nascido pode apresentar sinais de estresse e estafa, variando de uma leve alteração de cor de pele passando por pausas respiratórias, podendo chegar à apnéia (BRASIL, 2002).

O subsistema motor engloba o tônus muscular, a postura, os movimentos voluntários e involuntários, gerando no recém-nascido prematuro uma harmonia corporal (equilíbrio entre flexão e extensão, ausência de hipo ou hipertonia, movimentos sincrônicos dos membros e uso de estratégias motoras eficazes, como segurar as próprias mãos, agarrar objetos, levar a mão à boca ou à face e realizar movimentos bucais de sucção – sugar o dedo). Os comportamentos de estresse são constatados, ainda que temporariamente, pela flacidez motora, hipertonicidade e contorção ou arqueamento do tronco (BRASIL, 2002).

O subsistema de estados comportamentais (BRASIL, 2002) envolve os estados de consciência que vão desde o sono profundo ao choro, observando-se a qualidade, a variabilidade, a estabilidade, as transições e o estado dominante. Os estados comportamentais são seis:
Estado 1 - Sono Profundo - quando o recém-nascido apresenta respiração regular, olhos fechados, atividade espontânea limitada a sobressaltos e movimentos espasmódicos com intervalos regulares. Não apresenta nenhum movimento dos olhos. Responde a estímulos externos com atraso e sobressaltos.

Estado 2 - Sono Ativo - o recém-nascido apresenta movimentos rápidos dos olhos que podem ser observados sob as pálpebras fechadas. O nível de atividade é baixo, podendo deflagrar

movimentos suaves. Responde a estímulos externos com sobressaltos freqüentemente com uma resultante mudança de estado. A respiração é irregular. Podem ocorrer movimentos de sucção. Esporadicamente pode abrir os olhos rapidamente.

Estado 3 - Sonolência - meio cochilo, os olhos do recém-nascido podem estar abertos ou fechados, porém com as pálpebras trêmulas e com nível variável de atividade. Reage a estímulos sensoriais, mas com respostas freqüentemente atrasadas. Após o estímulo, nota-se mudança de estado. Olhar inerte.

Estado 4 - Alerta Inativo - apresenta amplo despertar, com olhar brilhante e luminoso, parecendo focalizar atenção sobre fontes de estímulos (objeto a ser sugado, estímulo visual ou auditivo). A atividade motora é mínima. É o estado que mais favorece a interação.

Estado 5 - Alerta com Atividade - com olhos abertos, o recém-nascido apresenta atividade motora considerável com movimentos impulsivos das extremidades, sobressaltos ocasionais. Reativo aos estímulos externos com aumentos de atividade motora, porém de forma discreta, o que dificulta a percepção devido à atividade motora global. Vocalizações breves, tipo resmungo. O recém-nascido pode estar protestando e choramingando.

Estado 6 - Choro - apresenta choro forte acompanhado de atividade motora intensa e movimentos espasmódicos, difícil de interromper com estímulo.

O subsistema de atenção/interação social abarca a capacidade do recém-nascido de permanecer em estado de alerta, apreender as informações do meio e se comunicar com ele, podendo ser observado através do olhar vivo, habilidade de se fixar por um período curto de tempo e expressão de atenção associada a movimento de boca. Nota-se comportamentos de virar a cabeça para o lado oposto ao do estímulo, cobrir o rosto com as mãos e usar o sono com fuga quando há situação de estresse e fadiga (BRASIL, 2002).

Als (1986) considera ainda o sistema regulador, ou seja, um processo de auto-regulação caracterizado pelas estratégias que o recém-nascido usa para manter ou retornar a uma integração equilibrada, relativamente estável e relaxada dos subsistemas.

Segundo ele, a desorganização de um dado subsistema pode ser percebida por meio desses comportamentos ocasionando a sobrecarga dos outros. O bebê se defende (se desligando) gastando "energia", o que dificulta a interação social. Da mesma maneira, a organização de um subsistema se reflete favoravelmente nos demais, levando ao equilíbrio – a homeostase. A busca da homeostase se constitui na tarefa primária do recém-nascido pré-termo, mesmo com a ampla variedade de estímulos lançados em subsistemas não preparados. Os estímulos alteram a real estrutura do cérebro para melhor ou para pior. O recém-nascido pré-termo pode estar na verdade conservando energia, mesmo se mostrando apático, inativo, sem resposta e em estado de sono. Está mantendo a homeostase e crescendo. A apatia pode ser na verdade uma proteção temporária do SNC em desenvolvimento (ALS,1986).

Na abordagem síncrono-ativa do desenvolvimento de Als (1986) uma estimulação em momento inadequado leva o organismo a se defender, o mesmo ocorrendo em situações de complexidade ou intensidade exageradas. Caso a estimulação seja adequada, o recém-nascido prematuro irá buscá-la e manterá sua atenção enquanto estiver com um bom nível de equilíbrio de subsistemas, período no qual pode emitir variados sinais do sistema autonômico, motor, de estados comportamentais e de atenção/interação.

O sistema de auto-regulação mantém o equilíbrio dentro dos sistemas e entre eles (ALS, 1986). O organismo é um sistema interativo, um todo dinâmico que se conserva e se desenvolve graças a movimentos contínuos e complementares de abertura e fechamento frente ao meio. O próprio sistema precisa auto-regular seu fechamento para se manter vivo. Para tanto, é necessário que sua abertura seja ajustada à estrutura orgânica da qual dispõe (OLIVEIRA, 1998).

Em relação ao desenvolvimento comportamental neurossocial do recém-nascido pré-termo (BRASIL, 2002), observa-se três estágios:

1. 32 semanas: Ocorre a reorganização fisiológica, não suportando muita estimulação. Ficam fatigados e desorganizados com facilidade. Desde que estimulados, continuam respondendo, ainda que exaustos, pois não conseguem tolher seus comportamentos rapidamente, podendo apresentar apnéia.

2. 34-35 semanas: Inicia-se a resposta comportamental organizada. Alcançam a capacidade de manter a homeostase: passam a responder de imediato e, às vezes, buscam a interação social.

3. 36-40 semanas: Há uma troca ativa com o meio social. Observa-se que o quadro clínico interfere diretamente no comportamento do recém-nascido, sendo que, muitas vezes, mesmo com uma idade gestacional maior, pode funcionar como se fosse mais novo, aceitando menos estímulos.

Para Piaget (1973), todo desenvolvimento depende de uma organização progressiva, conseqüentemente, de equilibrações. A realidade vital é constituída por processos contínuos de auto-regulações que envolvem, simultaneamente, desequilíbrios e um permanente dinamismo de equilibração. Neste sentido, em todos os níveis de desenvolvimento, há interferência de fatores exógenos, fontes de desequilíbrios, porém geradores de "respostas", e de fatores endógenos, fontes dessas respostas e agentes de equilibração. A idéia central deste processo é deste modo de interação.

Segundo Lebovici e Diatkine (1988), o desenvolvimento humano resulta da interação de fatores constitucionais e ambientais. Portanto, em seu processo evolutivo, o homem irá se adaptar às exigências do meio, enfrentando com esforço os conflitos. Ao enfrentá-los, lança mão de mecanismos adaptativos que aliviam o sofrimento e tendem a se repetir conforme o resultado obtido.

1.1.2 A Evolução dos Aspectos Psicofuncionais no Desenvolvimento da Interação Mãe-Bebê

Segundo Piaget (1973), todo organismo só se mantém vivo se estiver em constante interação com o meio. Sendo essa interação vital, o organismo se adapta a ele através de dois movimentos opostos e complementares: a assimilação e a acomodação. Essa adaptação é essencialmente ativa, assim, a ação caracteriza o ser humano. A ação, portanto, é uma organização progressiva do meio.

Neste sentido, no processo de desenvolvimento, através da interação com o meio, o corpo é a base da busca de adaptação e da organização de experiências de vida do bebê (PIAGET, 1979). Para Piaget (1979), ao nascer o bebê inicia uma passagem do caos ao cosmo, sentindo-se num universo onde os objetos desaparecem, o tempo e o espaço são percebidos de forma essencialmente subjetiva e a causalidade é reduzida ao poder das ações, como uma forma de onipotência. A construção do real é progressiva e está intimamente ligada aos progressos da inteligência, sendo, portanto, tais progressos indissociáveis e não se explicam por processos independentes da interação com o meio.

Ao estudar a construção da noção de objeto permanente, Piaget (1979) crê que as pessoas sejam os primeiros devido à presença constante ao lado do bebê e pelas suas ações junto a ele. Ao mesmo tempo, pela relação de afeto existente, especialmente pela mãe. A afetividade corresponde à energética, à motivação, logo, move as ações. Afirma que o desenvolvimento da afetividade e das funções intelectuais caminha junto: a afetividade impulsiona a cognição, que por sua vez, explica como o afeto se torna possível.

Piaget (1987), ao pesquisar as primeiras bases psicológicas do desenvolvimento do bebê e de sua capacidade de produzir conhecimento, assegura que desde o nascimento existe uma inteligência genuína decorrente de processos ativos de adaptação ao meio (assimilação e acomodação). Para ele, a inteligência é conseqüência de estruturas cognitivas construídas pouco a pouco, possíveis apenas em função da interação com o meio, sendo que a inteligência do bebê é baseada em percepções e ações e será o alicerce da inteligência lógico-formal adulta.

Assim, a construção do real é necessária para que o bebê passe a conceber a si mesmo como objeto que ocupa lugar no tempo e no espaço, centro restrito de causalidade, o que implica essencialmente uma dimensão social, pois a organização interindividual das ações e sua coordenação intra-individual constituem um único processo (PIAGET, 1979).

Para o recém-nascido pré-termo, a vida afetiva é a chave do seu desenvolvimento. Desta forma, o bebê prematuro não necessita só de rotinas ligadas ao ambiente físico, mas fundamentalmente de uma relação direta com sua mãe (MAZET, 1994).

Para Maldonado (1981), cada recém-nascido apresenta uma bagagem congênita específica. A mãe reagirá diferentemente a estas características, podendo se tornar predominantemente paciente, afetiva, ansiosa, irritada ou solícita, o que por sua vez também afeta o padrão de reações do seu bebê. Neste sentido, a relação entre mãe e bebê deve ser vista como um sistema circular em constante fluxo dinâmico, pois as mensagens que partem de um dos dois produzem efeitos no outro.

Para acolher seu bebê, a mãe precisa sentir-se segura dentro de si mesma. A construção da auto-imagem interfere diretamente nesse processo, pois se a mulher denigre seu corpo, passando a ter uma baixa auto-estima, irá sentir-se ruim por dentro, acreditando ser incapaz de gerar bebês bons (MALDONADO, 1992). Esses sentimentos são geralmente constatados no nascimento de um recém-nascido pré-termo.

Os recém-nascidos percebem e identificam as diferenças emocionais das expressões faciais dos seus pais. Observa-se desde muito cedo a troca de olhar entre mãe e bebê, tratando-se de um sinal afetivo que serve para fortalecer a ligação entre ambos (GASPARETTO, 1998).

Barratt; Roach; Leavitt (1992) examinaram o efeito da responsividade de mães de recém-nascidos a termo e recém-nascidos pré-termo em relação a três canais de comunicação: atenção, vocal e afetiva. Os resultados confirmam que a vocalização é um eliciador da atenção visual das mães e recém-nascidos de ambos os grupos. Os bebês prematuros têm mais sucesso na captura vocálica da atenção de suas mães. Uma vez que a atenção visual foi estabelecida, mães de recém-nascidos

pré-termo apresentam olhar fixo com sorriso. A resposta de sorriso do recém-nascido pré-termo ao sorriso da mãe é significativamente maior do que no grupo a termo. Este resultado sugere um aumento na resposta dos canais afetivos em recém-nascidos prematuros.

A vida psicoafetiva do bebê é considerada como tendo uma dupla ancoragem: corporal e interativa entre o bebê e seus pais, principalmente com sua mãe. O bebê pré-termo, ainda que em incubadora, também exprime a seu modo reações emocionais. É capaz de manifestar prazer, dor, de buscar ou fugir do contato quando não suporta o excesso de dor, de estimulação e de estresse (FABRE-GRENET, 2003).

Considerando-se o comportamento como manifestação da subjetividade humana, observa-se no bebê, mesmo numa situação de alto risco como os nascidos prematuramente, a qualidade de atenção que tem para o mundo que o cerca, o tipo de humor que expressa, as atividades que prefere, suas reações frente aos estímulos e às modificações do ambiente, sua modalidade de apego e a relação que estabelece com as figuras parentais, seu limiar e o nível de responsividade às solicitações e estímulos externos, suas condições psicológicas e sua disponibilidade para a interação (PINTO, 2004).

Desta forma, a interação mãe-bebê é fundamental para a evolução dos aspectos psicofuncionais do recém-nascido pré-termo, sendo que a interação está em estreita relação com as representações maternas, as quais nasceram num determinado momento da história de vida dessa mãe. As representações maternas têm influência essencial na interação da mãe com o recém-nascido pré-termo, podendo ser constituídas por elementos positivos que favorecem a elaboração do processo vivido, bem como podem também determinar uma interação patológica e o aparecimento de distúrbios psicofuncionais (LEBOVICI, 1996).

A interação materna caracteriza-se como uma forma de estimular o recém-nascido, ocasião na qual se avalia o tipo de reciprocidade e sincronicidade que a mãe estabelece com o bebê, como lida com os possíveis conflitos, se permite uma transformação na interação de acordo com o desenvolvimento do bebê e se a relação envolve um nível de exigência ao qual o bebê não é capaz de corresponder. Nota-se na troca interativa, portanto, todas as manifestações da subjetividade do

recém-nascido, ou seja, expressões faciais, vocais e corporais, e comunicação em termos de entonação, linguagem, conteúdo e ritmo (PINTO, 2004).

Existe uma influência precoce e prolongada, principalmente das estimulações táteis sobre o funcionamento e desenvolvimento do recém-nascido prematuro. Logo, a interação materna favorece a compreensão de suas necessidades de carinho e atenção, de contato pele a pele, da participação dos cuidados, do toque suave, do falar docemente, da oferta do dedo para tocar ou segurar segundo suas possibilidades, embora seja importante realizar uma modalidade interativa de cada vez para não estimular excessivamente o bebê (BRASIL, 2002).

Assim, o lúdico pode contribuir como (re)organizador psicofuncional. Ao nascer, os mapas neurais do bebê estão em construção. Aos poucos vai se formando o mapa topográfico do local e dos elementos mais significativos (OLIVEIRA, 1998a). No caso do recém-nascido pré-termo, esse lugar é a incubadora, na qual constantemente ele é submetido a manipulações, luz forte, barulhos incessantes e procedimentos, geralmente, invasivos e desgastantes – passagem de intra-cath, de diversos tipos de sondas: vesicais, naso-gástrica e enteral. Além disso, pode estar intubado.

Segundo Piaget (1978), desde o nascimento, por meio de um processo centrado no próprio corpo, há uma intenção crescente no desenvolvimento, com aplicação de esquemas conhecidos às novas situações e combinações lúdicas. Os esquemas corporais são, portanto, condição para a formação do símbolo no bebê.

Para ele, a brincadeira e a imitação estão intimamente ligadas ao desenvolvimento do bebê como um todo. No recém-nascido, são indissociadas. É muito difícil determinar o começo da brincadeira ou da imitação, já que a primeira é o pólo de condutas de assimilação, enquanto a segunda é o pólo de condutas definido pela acomodação. A função da brincadeira começa como funcional no próprio corpo do bebê e, pouco a pouco, cresce para a esfera funcional com o meio. Portanto, a passagem do funcional para o simbólico do bebê se dá através do contato do corpo com o outro. Deste modo, através da ação do corpo, o bebê começa a construir esboços dos processos simbólicos e sociais, os quais, uma vez construídos, se incumbem de que o corpo se organize (OLIVEIRA, 1998a).

Com a interação saudável e positiva mãe-bebê os aspectos psicofuncionais evoluem de forma organizada: cria-se uma rotina de sono; ganha-se na quantidade e na qualidade da alimentação; amenizam-se os distúrbios digestivos e gástricos, como regurgitação, cólica, diarréia, soluço, prisão de ventre, etc; aliviam-se os distúrbios respiratórios, asma, bronquite, alergias e infecções; minimizam-se os problemas de pele, como eczema e alergias cutâneas; e diminui-se o estado de irritabilidade, o choro freqüente, o sentimento de medo e de insegurança (PINTO, 2004).

É evidente que os parâmetros psicofuncionais do bebê vão se modificando com o passar do tempo até conseguirem uma boa regulação. Parece certo também que a evolução e o equilíbrio de seus estados de sono/vigília, fome/saciação, atenção/habituação e atividade/repouso sofrem influência direta da interação materna afetiva e efetiva (PINTO; VILANOVA; VIEIRA, 1997).

Fortuna (2007), afirma que "todo lugar é lugar de brincar e toda hora é hora de brincar, em qualquer idade". Brincar é condição para que a vida aconteça, pois a brincadeira possibilita a concepção do mundo desejado, aliado à alegria de descobrir, inventar e criar novas relações com cooperação e responsabilidade.

Assim, percebe-se a dialética da reorganização psicofuncional do bebê prematuro, mediada pelas significações da interação estabelecida com o meio, fundamentalmente com sua mãe.

1.2 O PAPEL DO LÚDICO FRENTE À ANSIEDADE MATERNA E SEUS FATORES DE RISCO

O aumento da probabilidade de sofrer um dano é uma característica que está diretamente associada ao fator de risco. Por isso, toda vez que se pensa em risco, se pensa em dano. Em relação a gestantes, para a psicologia, o fator de risco é mais significativo na medida em que está ligado ao nível de ansiedade. Neste cenário, deve-se ter em vista o dano que se pretende evitar, como a mortalidade perinatal, o baixo peso ao nascer, a natimortalidade, entre outros (VALLE, 2002).

Do ponto de vista médico (LIPPI, 1995), o risco perinatal é a probabilidade da ocorrência de morbidade ou mortalidade da mãe e do feto, durante a gestação, o parto ou o puerpério, e do recém-nascido no período neonatal. São dois os tipos de fatores de risco perinatal. Fatores de risco virtual: aqueles que antecedem o fenômeno perinatal (pré-concepcionais) - estado civil, classe social, nível de instrução, idade, maturidade física e psicológica; necessitam de cuidados preventivos para evitar que o risco virtual se transforme em real. Fatores de risco real: aqueles caracterizados por uma doença instalada - hipertensão arterial, diabetes, hemorragias, placenta prévia; precisa da abordagem efetiva do problema, de preferência com um seguimento psicológico.

Os fatores de risco devem ser detectados conforme o nível do sistema de saúde e suprimidos, reduzidos ou ter efeitos controlados, principalmente quando aliados a um atendimento psicológico.

Considerando-se as matrizes biológicas, psicológicas e sociais da gravidez de alto risco e do nascimento de um bebê prematuro, Wilheim (1992) refere-se às vivências do espermatozóide em busca do óvulo e às adversas experiências do recém-concebido, resistindo para não ser aniquilado pelas agressões da fisiologia materna, o que configura o início de uma gravidez que poderá vir a ser de alto risco.

Respostas como as de medo, pânico e choque são observadas em determinadas circunstâncias em embriões e fetos; batidas cardíacas mais aceleradas são verificadas em fetos de mulheres grávidas em estado de estresse permanente e embriões revelam paralisação de seus movimentos por alguns minutos quando submetidos a exames de amniocentese, aumento de freqüência respiratória. Essas alterações podem manter-se por dias e mostram que o feto sofre um susto e passa algum tempo nesse impacto. O acesso ao misterioso mundo intra-uterino, por meio do crescente emprego do ultra-som nos exames pré-natais e as técnicas com a fotografia intra-uterina, ou mesmo o desenvolvimento do microscópio eletrônico, além das técnicas de fecundação "in vitro" e do exame do líquido amniótico, constituem um enorme avanço da tecnologia médica, que permitem sobrevida de recém-nascidos prematuros e um contato mais íntimo entre as mães grávidas com

seus bebês. O feto está atento, alerta e tem percepção de perigo. A capacidade de prestar atenção é inata. Os fetos também se assustam quando suas mães se assustam (VALLE, 2002).

Neste sentido, o fortalecimento dos mecanismos adaptativos do ego, a redução da ansiedade e o domínio cognitivo da situação são preconizados por Maldonado (1981) em seus trabalhos sobre a psicologia da gravidez, sugerindo intervenções psicológicas à gestante.

O momento certo para o bebê nascer, tanto do ponto de vista físico quanto psicológico, é após nove meses de existência intra-uterina, quando a situação lhe é favorável, pois terá mais chance de um contato maior com o corpo e o calor de sua mãe. Todo bebê necessita de um objeto continente: uma luz, uma voz, um cheiro ou outro objeto sensório que possa prender sua atenção e permitir que vivencie uma sensação prazerosa (RAPAPPORT, 1981).

A antecipação do parto de alto risco se dá através da observação do obstetra com base na história materna, de exames laboratoriais e subsidiários (SEGRE, 1995), e pode ser, também, conseqüência da ansiedade materna. Sem uma causa orgânica associada, na maioria das vezes, está relacionada a vivências desprazíveis durante o período gestacional. O processo de identificação da mulher com a sua própria mãe e a aceitação do papel de mulher também são fatores de antecipação do parto. Ao mesmo tempo, o parto de um recém-nascido pré-termo submete a mãe a uma ansiedade adicional àquela já vivida pela gravidez de alto risco (VALLE, 2002).

Valle (2002), em seu estudo sobre ansiedade materna, considera ainda a aceitação da gestação como um aspecto importante em relação à antecipação do parto, sugerindo ser o parto pré-termo mais freqüente nas mulheres que não haviam planejado conscientemente a gestação.

Para Caplan (1980), o desequilíbrio psicológico da mãe na gravidez de alto risco vai depender do seu grau de ansiedade, da capacidade de dominar seus sentimentos, de sua percepção da situação e de obter um apoio adequado do meio.

A experiência de gerar um bebê consagra um momento extraordinário no ciclo vital da mulher e do homem, com grandes repercussões no meio familiar. O bebê que surge do desejo interno do casal está presente em suas fantasias e em suas idealizações. As tradições e os mitos de cada família vão passando de geração a geração, fazendo com que o bebê, ao nascer, gere lembranças e memórias de uma história anterior.

Antes da concepção, durante o período gestacional e após o nascimento, tanto o homem quanto a mulher passam por um processo de conhecimento de novo modelo de interação e, portanto, por uma reestruturação familiar (MINNUCHIN, 1987).

Mãe e recém-nascido possuem uma série de recursos internos para, juntos, lidarem com os momentos iniciais após o parto. Quando mãe e bebê ficam juntos depois do nascimento, inicia-se uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, muitos dos quais contribuem de forma positiva para a ligação da mãe a seu bebê, o que vai, pouco a pouco, unindo-os e contribuindo para a interação. Com o nascimento de um bebê pré-termo, esse contato é adiado, cuja preocupação materna inicial é com a sobrevivência do bebê, o que pode gerar sentimento de culpa e alto nível de ansiedade (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000).

O parto de um recém-nascido pré-termo traz diversos momentos de muita ansiedade: priva a mãe das últimas semanas de gestação que se caracterizam como uma preparação para o parto, promove a separação precoce entre mãe e bebê, desencadeia processo de desequilíbrio emocional na família e crise familiar. O puerpério traz consigo uma nova tarefa para a mulher: a necessidade de readaptação diante de mudanças ocorridas com a chegada de um recém-nascido prematuro. Podem aparecer sintomas afetivos do tipo depressivo, principalmente em função do alto nível de ansiedade. Conhecido como depressão pós-parto, o Blues do pós-parto pode estar ligado também a um desequilíbrio hormonal materno. Surge entre o terceiro e o sexto dia após o parto, levando a mãe a um estado de desânimo, fadiga, insônia, dificuldade de concentração e humor deprimido. Raramente dura mais de uma semana e, caso os sintomas permaneçam ou piorem, há necessidade de tratamento por um profissional de saúde mental (BRASIL, 2002).

Com a separação brusca de sua mãe ao nascer, o recém-nascido pré-termo é privado de tudo aquilo que um bebê nascido a termo recebe no que se refere aos cuidados maternos. Além disso, sofre procedimentos invasivos, sente o odor dos tecidos da incubadora e o cheiro forte das substâncias usadas nos cuidados médicos indispensáveis (BRASIL, 2002).

Por vezes, os pais, e principalmente a mãe, têm a impressão de que não são importantes para seu bebê, o que conseqüentemente aumenta a ansiedade e pode alterar ou distorcer a interação afetiva entre ambos (SEGRE, 1995).

O pai tem um papel especial, pois, em um primeiro momento, terá o contato inicial com o recém-nascido e a equipe de saúde. Ele é quem dará notícias para a mãe e o restante da família, oferecendo, assim, o suporte esperado. A mãe, muitas vezes ainda na maternidade, experimenta momentos de vazio, solidão e medo, sem seu bebê, sem seu companheiro e sem notícias. Todo processo gera fantasias em relação ao que estão escondendo ou negando. Inicia-se um processo de crise familiar, havendo inclusive uma alteração na interação entre os pais e interferência na formação e no estabelecimento dos vínculos afetivos familiares. Com a internação do recém-nascido prematuro em uma unidade de terapia intensiva neonatal, a família passa por mudanças significativas em relação às tarefas e na forma tradicional quando da chegada de um novo membro, havendo, portanto, necessidade de apoio e acolhimento, com a finalidade de fazer com que experiências que ocorrem no período de internação do bebê sejam entendidas e elaboradas (BRASIL, 2002).

Deste modo, o hospital exerce influência direta na qualidade da interação que está se estabelecendo entre a família e o recém-nascido pré-termo. O acolhimento ao bebê durante sua permanência no hospital deve ser extensivo aos pais e ampliado à família (suporte e apoio), tratando-se de uma ação profilática quanto ao desenvolvimento das relações deste grupo familiar, além de minimizar o sofrimento (BRASIL, 2002).

Nos casos de gravidez de alto risco e de um recém-nascido pré-termo, o hospital necessita de serviços de alto grau tecnológico para fazer prevalecer as vidas da mãe e do prematuro, cuidando

para que tudo seja feito com baixos níveis de ansiedade entre todos os envolvidos no processo, minimizando os custos de uma internação prolongada (VALLE, 2002).

O parto prematuro, que resulta num recém-nascido frágil e pequeno, gera sentimentos de incompetência e frustração (SCOCHI *et al.,* 1999) e ansiedade (PADOVANI *et al*., 2004; VALLE, 2002). A falta de possibilidade de a mãe interagir efetivamente com seu bebê pode levar a um fechamento em si mesma. A abertura torna-se possível através da compensação da tensão, do desconforto e do esforço por ações caracterizadas pelo predomínio do prazer, da alegria e do relaxamento (OLIVEIRA, 2005).

O brincar, por ser uma atividade livre e espontânea, favorece a projeção de conteúdos ameaçadores e negativos, que quando se tornam assustadores demais, podem se manifestar por meio de atitudes agressivas, de desafio e confronto (OLIVEIRA, 2005).

Atividades lúdicas podem evitar tanto distúrbios psicológicos quanto biológicos. São vistas como ação preventiva no sentido de oferecer suporte para os momentos críticos, nos quais se necessita buscar forças para seguir a trajetória de vida (OLIVEIRA, 2006).

A mãe de um recém-nascido pré-termo, ao participar de atividades lúdicas, atende suas necessidades de lidar com os significados pessoais e emocionais da realidade vivida. Brincar pode ser uma forma de a mãe refletir sobre sua maneira de pensar e sentir, facilitando a representação mental do momento, que vai se registrando em cadeias reticulares neuronais, sempre associadas ao já registrado. Neste sentido, toda atividade lúdica vivenciada, vai também se internalizando por via imagética (OLIVEIRA, 1998b).

O lúdico proporciona a liberdade de criar e recriar algo que possa simbolizar objetos internos e externos do cotidiano. A capacidade de utilizar símbolos está diretamente ligada à evolução do ser humano. Existe uma lógica subjacente à formação do símbolo e a como o ser humano o usa, o que confirma que o sistema se constitui de forma autônoma e conforme a capacidade própria de sua interação criativa com o meio (OLIVEIRA, 1998b).

A atividade lúdica evidencia-se também como um desafio, gerando a necessidade de se aprender a lidar com tensões e frustrações, para buscar a adaptação. Concomitantemente, ativa os processos mentais de forma saudável; enlaça e desperta passado e presente e favorece o encontro de novos caminhos. Pelo seu aspecto lúdico, o desafio passa a ser atraente e estimulante, motivando a atenção e o raciocínio, levando à autonomia e a uma dinâmica de personalidade mais saudável (OLIVEIRA, 2005).

O lúdico conserva características repetitivas e reprodutoras, facilitando freqüentes introduções, propiciando um movimento interativo natural, o que é essencial para o processo de abertura ao meio. Esse caráter interativo da brincadeira prepara a mãe para aprender a conviver com o prazer e o afeto (OLIVEIRA, 2006), reparando o dano do sofrimento e da ansiedade ligados ao parto e o nascimento de um recém-nascido pré-termo.

O brincar, que se caracteriza pelo predomínio da assimilação sobre a acomodação, ou seja, do prazer sobre o esforço, compensa e reequilibra o organismo, contribuindo, portanto, para a formação, manutenção e preservação de processos cognitivos, afetivo-emocionais e socioculturais (OLIVEIRA, 2006).

1.2.1 Humanização do Atendimento à Mãe de Recém-Nascido Pré-Termo: o Método Mãe Canguru

O número elevado de recém-nascidos de baixo peso (inferior a 2.500g.) constitui um importante problema de saúde e representa um alto percentual na mortalidade neonatal, além de graves conseqüências médicas e sociais. Preocupado em mudar a postura do atendimento prestado no Brasil, o Ministério da Saúde lançou por meio da portaria nº 693 de 05/07/2000, a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (BRASIL, 2002).

O Método foi planejado e implantado de forma inovadora por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez em 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colômbia e chamado de "Mãe

Canguru" em função da posição pela qual as mães carregavam seus bebês após o nascimento. Diante das altas taxas de mortalidade neonatal, ausência de recursos tecnológicos, falta de incubadoras, infecções cruzadas, desmame precoce e abandono materno, o Método visava a alta hospitalar antecipada para os recém-nascidos prematuros. O programa contemplava a alta precoce, independentemente do peso, desde que o bebê apresentasse condições clínicas estáveis, o aleitamento materno fosse praticado de modo exclusivo, a mãe se mostrasse incentivada ao contato pele a pele com o recém-nascido e à manutenção do bebê em posição vertical. Esse trabalho foi apoiado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que divulgou amplamente seus resultados, principalmente em relação à diminuição da mortalidade do recém-nascido pré-termo, aos benefícios psicológicos e ao baixo custo hospitalar (VENANCIO; ALMEIDA, 2004).

Desta forma, a partir daí, foi iniciada mundialmente uma transformação na visão da atenção a recém-nascidos prematuros e bebês de baixo peso, através da promoção de uma abordagem mais humanizada.

No hospital onde esta pesquisa é desenvolvida, o Método foi implantado em 2002, quando da inauguração do Setor de Neonatologia. O setor é composto por uma equipe multidisciplinar que adaptou as dependências físicas às necessidades do Método Mãe Canguru.

A aplicação do Método consiste em três etapas, iniciando nas unidades neonatais (Unidades de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN e Unidades de Cuidados Intermediários), passando às unidades canguru (alojamento conjunto canguru) e, após a alta hospitalar, nos ambulatórios de seguimento (canguru domiciliar). Na primeira etapa, preconiza-se acesso imediato e livre dos pais à UTIN, incentivo ao aleitamento materno e participação da mãe nos cuidados ao bebê, bem como início do contato pele a pele logo que as condições clínicas do recém-nascido permitam. Na segunda etapa, mãe e bebê ficam em unidade conjunta e a posição canguru deve ser realizada pelo maior tempo possível. São considerados os critérios de disponibilidade materna, capacidade da mãe de reconhecer as situações de risco do recém-nascido e habilidade para a colocação do bebê em posição canguru, para a elegibilidade de passagem para a segunda etapa do Método. Além disso, os bebês precisam ter alcançado estabilidade clínica, nutrição enteral plena, peso mínimo de

1.250g e ganho de peso diário maior que 15g. Para alta hospitalar, que corresponde à terceira fase, avalia-se a segurança materna em relação aos cuidados do bebê; motivação e compromisso para a realização do método por 24 horas/dia em casa; garantia de retorno freqüente à unidade, agendado antecipadamente; peso mínimo de 1.500g; aleitamento materno exclusivo, o que indica que o bebê tem boa sucção ao seio; ganho de peso adequado nos três dias que antecedem a alta hospitalar; e condição de recorrer à unidade hospitalar a qualquer momento enquanto o bebê não atinge o peso de 2.500g, que geralmente é quando se encerra a terceira etapa (VENANCIO; ALMEIDA, 2004).

Dados de pesquisa e análise sobre o Método Mãe Canguru no contexto brasileiro (VENANCIO; ALMEIDA, 2004) evidenciam cinco principais benefícios: intervenção centrada na família, principalmente na mãe; contato pele a pele precoce, que gera uma estimulação prazerosa, com integração sensorial e interação; controle ambiental adequado em relação à luminosidade e ao som; ajuste de postura, que previne distonias; e aleitamento materno, que favorece o vínculo afetivo mãe-bebê e previne doenças, fundamentalmente no primeiro ano de vida do bebê prematuro.

Segundo Halpern; Giuliani; Victoria; Barros; Horta (2006), recém-nascidos pré-termo apresentam maior incidência de atraso de desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), cujo prognóstico não é só decorrente das alterações clínicas apresentadas pelo bebê, mas também do tipo de atendimento recebido. Embora os conhecimentos sobre o Método Mãe Canguru e sua relação com o desenvolvimento neuropsicomotor ainda sejam insuficientes, sabe-se que promove a estimulação sensorial e vestibular dos bebês prematuros, o que pode favorecer seu DNPM.

Diferente dos bebês a termo, os recém-nascidos pré-termo apresentam uma hipotonia, em função da imaturidade neurológica resultante do menor tempo de permanência no ambiente intra-uterino. O nascimento antecipado cria um desafio ao bebê que necessita manter-se estável em um ambiente rico em estímulos. Desta forma, verifica-se que o Método Mãe Canguru, caracterizando-se por uma intervenção precoce ao bebê prematuro, melhora o tônus muscular flexor global, ou seja, flexão de membros superiores e inferiores, alongamento da musculatura extensora, postura de enrolamento do tronco e controle de cabeça (BARRADAS *et al.*, 2006).

Em uma revisão realizada pela Cochrane Library, atualizada em fevereiro de 2003, não foram identificadas evidências científicas sobre o papel do Método Mãe Canguru na redução da morbidade e da mortalidade neonatal. Embora pareça reduzir a morbidade neonatal, os dados são ainda insuficientes, indicando a necessidade de novos estudos sobre a efetividade, a aplicação e aceitação do Método Mãe Canguru (VENANCIO; ALMEIDA, 2004).

Por outro lado, a análise do Método mostrou que está associado à redução de risco de infecção hospitalar com 41 semanas de idade gestacional corrigidas; redução de doenças graves e de infecções do trato respiratório inferior, além de maior ganho de peso diário (VENANCIO; ALMEIDA, 2004).

Ao mesmo tempo, foram constatados ganhos psicoafetivos relacionados ao Método Mãe Canguru, cujos dados indicam que o contato íntimo do recém-nascido pré-termo com a mãe interfere positivamente na sua interação com o meio e, conseqüentemente, em sua construção de realidade. Sabe-se que a pele é o maior órgão de estímulos sensoriais, sendo que o contato pele a pele promove mudanças no organismo tanto do bebê prematuro quanto de sua mãe. O contato libera ocitocina, hormônio que desempenha um importante papel no comportamento materno, afetando positivamente seu humor. Favorece, portanto, a estabilidade emocional da mãe, seu sentimento de confiança e competência, levando-a a uma interação afetiva e efetiva mais precoce com seu bebê prematuro (VENANCIO; ALMEIDA, 2004).

Em relação ao aleitamento materno, a análise de dados aponta um impacto positivo ao Método Mãe Canguru sobre a prática da amamentação. Foram observadas evidências de maior volume diário de produção de leite e menor índice de abandono da lactação. No Brasil, os estudos revelam resultados favoráveis ao aleitamento materno com a prática do Método Mãe Canguru, sendo que, os bebês prematuros que passaram pelo programa, apresentam prevalência de 63% aos seis meses (VENANCIO; ALMEIDA, 2004).

O Método Mãe Canguru configura-se, assim, como uma estratégia essencial para a promoção da saúde de forma humanizada, centrada no princípio da cidadania. Trata-se não apenas de um programa de atendimento, mas de uma abordagem técnica que implica em mudanças ambientais e

comportamentais na forma de intervenção, que propicia afetividade, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança do recém-nascido pré-termo, da mãe e da família (BRASIL, 2002).

Constata-se, assim, que o Método Mãe Canguru propicia uma interação positiva e necessária entre a mãe e o recém-nascido pré-termo; menor tempo de separação entre ambos, evitando longos períodos sem estimulação sensorial; estímulo ao aleitamento materno, favorecendo a freqüência, precocidade e duração; maior competência e confiança dos pais e, principalmente da mãe, no manuseio de seu bebê pequeno e frágil, mesmo após a alta hospitalar; melhor controle térmico do recém-nascido; melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; diminuição de infecções e conseqüentemente menos tempo de internação; e maior rotatividade de vagas nas unidades neonatais (BRASIL, 2002).

1.2.2 O Lúdico E A Humanização Hospitalar

Do ponto de vista psicológico, um recém-nascido terá seu desenvolvimento permeado pelas relações afetivas, o que ocorre também com os bebês pré-termo. Basicamente, ele necessita de uma relação afetiva estável e segura; de se sentir compreendido; de se sentir ativo na interação; de descobrir e de conhecer (BRASIL, 2002).

Sem a relação inicial com o seio da mãe, o contato com a pele, o reconhecimento da sua voz e a percepção do olhar terno que determinam a formação da afetividade e do seu processo de crescimento como indivíduo único e subjetivo, a interação entre o recém-nascido pré-termo e sua mãe fica comprometida e, muitas vezes, é iniciada por sentimentos de rejeição, inadequação e culpa (GASPARETTO, 1998).

Os pais de um recém-nascido pré-termo, por sua vez, não estão preparados psicologicamente para enfrentar e suportar esse período. A separação do bebê prematuro gera tristeza, medo e estresse, em função da fragilidade e da insegurança quanto à vida do recém-nascido. O sentimento da mãe é de culpa, angústia e raiva, questionando sua própria responsabilidade na causa do nascimento de

um bebê de risco. Para a mãe de um recém-nascido pré-termo, interagir não é algo tão simples e imediato (GOMES, 1999).

Desta forma, a mãe precisa ser acolhida para depois acolher. Essa mãe passa a ser um fator de risco para seu bebê de alto risco, pois não consegue abrir espaço para aquele que traz consigo: seu bebê (VALLE, 2002).

Em um estudo realizado por Gomes (1999) analisando as repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, foram observados sentimentos de culpa, temor, desespero, ansiedade, revolta, angústia, impotência, entre outros, além das famílias vivenciarem situações existenciais ambivalentes e contraditórias.

A falta de oportunidade de a mãe interagir efetivamente com seu bebê, além de comprometer a relação afetiva, terá repercussões no desenvolvimento geral do bebê em longo prazo (SCOCHI *et al.*, 2004).

Os avanços tecnológicos em neonatolgia e o emprego de equipes de saúde altamente especializadas não substituem a presença dos pais e, principalmente da mãe, para o recém-nascido. As unidades neonatais devem ser estruturadas com o critério de atendimento humanizado, pois mesmo em incubadoras, recém-nascidos sentem e reagem como pessoas e têm necessidades emocionais próprias (CASANOVA; VALLE; SANTOS, 2005).

Um programa de intervenção humanizada em unidade neonatal abrange o ambiente físico, a família e o próprio recém-nascido.

Em relação ao ambiente físico, berços e incubadoras devem ficar em pontos tranqüilos; se possível, música ambiente relaxante; telefones celulares desligados; telefone da unidade com toque baixo; todas as falas devem ser em tom de voz baixo; realizar o conchego ou “aninhamento” para os bebês com rolinhos de pano; usar proteção das incubadoras com lençóis, evitando a luz contínua; e utilizar avental apropriado, além de paramentos adequados conforme os procedimentos (CASANOVA *et al*., 2005).

Quanto à presença da família, principalmente na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a equipe de saúde deve acolher a mãe com disponibilidade e atenção, sobretudo na primeira visita ao bebê; orientar sempre os pais; antes de informar, perguntar o que já sabem sobre seu bebê; explicar as normas para as visitas e as medidas para controle de infecções; repetir a informação sempre que necessário; lembrar que o tom de voz é muito importante quando se fala aos pais; reforçar a presença do bebê e não da doença ou dos equipamentos; referir-se ao bebê pelo nome, tão logo seja conhecido; colocar o nome do bebê nas incubadoras e berços; manter orientações diárias às mães sobre o Método Canguru e aleitamento materno; e realizar grupos semanais para as mães, visando discussão aberta de suas dúvidas, angústias e medos (CASANOVA *et al*., 2005).

Considerando-se mais precisamente o recém-nascido pré-termo, um atendimento humanizado contempla sempre o melhor posicionamento do bebê, preferencialmente pela posição supina ou decúbitos laterais; evita interrupções desnecessárias aos períodos de sono profundo; possibilita sucção não alimentar durante alimentação por sonda; observa estímulos e evita superestimulação; prepara o bebê para acalmá-lo logo após os procedimentos traumatizantes, até mesmo embalando, se necessário; permite, sempre que possível, que a mãe e o pai toquem, olhem, conversem e embalem seu bebê; transmite segurança e carinho ao recém-nascido nos procedimentos; e procura fortalecer o vínculo mãe-bebê (CASANOVA *et al*., 2005).

A implantação de novas estratégias de intervenção junto às mães de bebês de risco internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal alivia sentimentos por meio do apoio e da oportunidade de conversar, de expressar e comparar seus sentimentos íntimos. Pais e o Método Mãe Canguru contribuem com o processo de construção de uma assistência mais integral e humanizada, tendo como foco a família (SCOCHI *et al.*, 2004).

Fonseca *et al.* (2002) desenvolveram um jogo educativo para mães de bebês prematuros que se baseia em necessidades maternas, onde o lúdico cria espaço para que as mães expressem suas vivências, a percepção de si mesmas, sua criatividade, seus valores, suas capacidades e habilidades. Verificam que a atividade dinamiza o processo de ensino-aprendizagem; aumenta o interesse, a comunicação e a motivação; facilita a assimilação de conceitos pela estimulação do

processo cognitivo; permite a expressão de opiniões; esclarece conceitos; reforça e suplementa a aprendizagem, promovendo-a de forma efetiva e proporciona a troca de experiências.

Em outro estudo, Scochi *et al.* (2004) descrevem sobre grupos semanais realizados com mães de bebês de risco internados, que conta com um momento de oficina de criatividade desenvolvendo trabalhos manuais ou discussão de temas básicos. Observam que a implantação de novas estratégias em unidades neonatais envolvendo atividades lúdicas, recreativas e educativas contribui com o processo de construção de uma assistência mais integral e humanizada, tendo como foco a família, e amplia a visão do hospital também para um espaço de lazer.

Apesar de várias conquistas nessa assistência, verifica-se que é preciso contemplar outras dimensões das necessidades, principalmente das mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados, pois mostram alto nível de ansiedade como reflexo das aterrorizantes vivências iniciais ainda não elaboradas (VALLE, 2002), e desgaste físico e mental (SCOCHI *et al.* , 2004) enquanto aguardam a estabilidade clínica e o ganho de peso do bebê para levá-lo de alta.

Piaget (1978) ao estudar o equilíbrio progressivo do bebê por meio da assimilação e da acomodação, considera as diversas formas de representação – a imitação, o jogo, o sonho, a imagem – como modos de conquista da adaptação. Para ele, a construção de realidade está diretamente ligada à capacidade do homem de agir sobre o meio e de dar-lhe significado. Logo, a capacidade de simbolizar é fruto de sua interação com o meio, sendo o processo de adaptação basicamente interativo.

Neste sentido, muitos teóricos têm enfatizado o lúdico como uma importante e significativa estratégia de alívio de experiências dolorosas e conquista de equilíbrio emocional.

Ao brincar, há envolvimento corporal e promove-se um movimento espontâneo renovador, gerando prazer e interação (OLIVEIRA, 2000). A brincadeira proporciona a abertura ao meio, compensando e reequilibrando o organismo após situação de frustração, tensão e conflito (OLIVEIRA, 2005).

A brincadeira facilita uma adaptação saudável e o resgate de vivências conflituosas ou sofridas. Ao mesmo tempo, os rituais e as brincadeiras englobam os aspectos pessoal e social. Assim, o brincar pode ser visto como uma estratégia privilegiada, pois se caracteriza por ser uma atividade natural, espontânea, criativa e universal do ser humano (OLIVEIRA, 2006).

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Investigar a influência de intervenções lúdicas com mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados na diminuição da ansiedade materna.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil das mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados em relação ao histórico gestacional;
- Identificar o nível de ansiedade das mães de recém-nascidos pré-termo;
- Verificar a expectativa das mães quanto aos comportamentos de choro, alimentação e vômito de seus bebês pré-termo.

2. MÉTODO

2 MÉTODO

2.1 SUJEITOS

Participam deste estudo 30 mães de recém-nascidos pré-termo, selecionadas na Maternidade de um hospital universitário da Grande São Paulo, no período entre 11/01/07 a 29/04/07, com faixa etária de 16 a 40 anos e escolaridade até o 2º Grau. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). A amostra é composta por conveniência, na qual os participantes são selecionados por serem mais acessíveis.

2.2 AMBIENTE

As entrevistas, a aplicação das escalas IDA e IPN-I e as intervenções psicológicas lúdicas grupais foram realizadas na sala de trabalho do Método Mãe Canguru, equipada com mesa de reunião, cadeiras, televisão e armário.

2.3 MATERIAL, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

- **Da avaliação**

Roteiro de Entrevista semidirigida

A Entrevista Psicológica realizada com as mães é baseada na Ficha de Internação, preenchida pela gestante ao dar entrada no hospital. Além dos dados pessoais (nome, idade, estado civil e profissão), a ficha contém as histórias pessoal e social; antecedentes de tratamentos psicológico e neurológico; o uso de tabaco ou outras drogas; o desejo de ter filhos; o planejamento e a

aceitação da gestação e o pré-natal. Desta forma, foram avaliadas e aproveitadas informações relevantes para este estudo. Com base nesses dados, criou-se uma nova entrevista, separada em dois momentos: antes e depois do parto. O primeiro momento trabalha as informações que antecedem o parto, como desejo de ter filhos, gestações anteriores, outros filhos, pré-natal, entre outros. No segundo momento, são investigadas questões relativas ao parto, ao contato inicial com o bebê, ao primeiro sentimento após o parto e ao processo de hospitalização do bebê. Para tabulação dos dados, foram consideradas apenas questões que oferecem informações focadas no tema desta pesquisa que caracterizam o histórico gestacional, favorecendo a correlação entre todos os instrumentos utilizados (Apêndice A).

Escala de Irritabilidade, Depressão e Ansiedade (IDA)

A IDA é uma escala constituída de 18 questões com o objetivo de avaliar três dimensões emocionais: irritabilidade, ansiedade e depressão. Cada questão tem quatro itens de respostas que medem a alta, média, baixa ou nenhuma intensidade. Cada item tem um escore que varia de 0 (baixa intensidade) a 3 (alta intensidade). A soma dos escores indica o grau da dimensão emocional do entrevistado. As perguntas 1, 3, 7, 11 e 15 fornecem o escore do nível de depressão, cujo total é 15. As questões 2, 5, 9, 13 e 17 fornecem o escore do nível de ansiedade, cujo máximo também é 15. As perguntas 4, 8, 12 e 16 fornecem o escore do nível de irritabilidade exteriorizada e as questões 6, 10, 14 e 18, fornecem o escore do nível de irritabilidade interiorizada. Ambos com pontuação máxima de 12. Todas as questões se referem a como o entrevistado tem se sentido nos últimos dias com relação aos variados aspectos da vida: apetite, constância do sono, irritação e paciência com os outros e consigo. Desta forma, é possível obter cinco resultados: os quatro das subescalas (depressão; ansiedade; irritabilidade exteriorizada e interiorizada, respectivamente) e um da classificação global, obtido através da somatória dos quatro resultados parciais (Anexo B).

Inventário de Percepção Neonatal (IPN-I)

O IPN-I é uma escala de avaliação que mede a expectativa da mãe em relação aos bebês de uma maneira geral e ao próprio filho. São três questões divididas em dois itens cada: um referente aos bebês em geral e outro ao próprio filho. Cada item oferece cinco repostas possíveis, com

pontuações que variam de 1 (menor intensidade) a 5 (alta intensidade). A pontuação máxima é de 15 para cada item. As questões se referem à percepção da mãe quanto ao comportamento do bebê com relação ao choro, alimentação e vômito (Anexo C).

- **Da intervenção**

As técnicas de intervenção baseiam-se na curva evolutiva da brincadeira, segundo a leitura piagetiana. O lúdico é utilizado como alicerce para trabalhar a representação materna, com emprego da brincadeira de exercícios, da brincadeira simbólica integrada ao desenho e do jogo de regras que estimulam transformações no dia-a-dia das mães dentro do hospital, visando melhorar o nível de ansiedade da mãe e a interação com seu bebê. Neste sentido, foram selecionados brinquedos e jogos que contemplam o momento vivido pela mãe: quatro bonecos bebês, sendo um negro; roupas para os bonecos; um berço, um fogão e utensílios de cozinha; um jogo de varetas; um jogo da memória; um quebra-cabeça; uma caixa de lápis de cor com 36 cores; uma caixa de giz de gera com 12 cores; uma caixa de massinha com 12 cores; uma caixa de pintura a dedo com seis cores; folhas de papel sulfite; dois apontadores, seis lápis pretos e duas borrachas.

Abaixo se mencionam as principais técnicas lúdicas utilizadas de forma focal ou em suas múltiplas intersecções.

Técnicas Lúdicas Sensório-Motoras

Técnicas lúdicas que criam situações para propiciar movimentos do corpo em seu contexto espaço-temporal de forma espontânea e prazerosa.

Técnicas Lúdicas Simbólicas

Atividades lúdicas envolvendo corpo e imaginação associada a representações plásticas e cênicas.

Jogo de Socialização

Situações lúdicas que favorecem a interação social ao mesmo tempo em que se constituem em fatores de proteção, preservação e manutenção, associados a processos cognitivos da memória, linguagem, entre outros. Entre eles:

- Jogo da memória: trabalha a memória visual e verbal, a organização espacial, a atenção, o raciocínio lógico-matemático, além de integração social.

- Jogo de varetas: requer habilidade motora e destreza, aperfeiçoa a práxis, trabalha a atenção, a organização espacial, o raciocínio lógico e a socialização.

Todos os jogos visaram trabalhar aspectos afetivo-emocionais e processos cognitivos de forma integrada, criando condições de agilização e flexibilização de aspectos sensório-motores, simbólicos e sociais.

Todas as sessões lúdicas foram fotografadas e em três delas utilizaram-se também recursos auditivos, contando com os seguintes materiais:

- um aparelho de som

- três CDs de músicas para bebês

- um CD com três músicas populares

- uma máquina fotográfica

2.4 PROCEDIMENTO

- **Da seleção**

Todas as 30 mães que fazem parte desta investigação foram informadas tratar-se de uma pesquisa para investigar a influência de intervenções lúdicas em mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados na diminuição da ansiedade materna. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

Critérios de inclusão

- Ter tido um parto prematuro, cujo recém-nascido tivesse idade gestacional abaixo de 37 semanas e peso até 2.500 gramas
- Ter idade entre 16 e 40 anos

Critérios de exclusão

- História de doenças psiquiátricas, neurológicas e abuso de drogas
- Déficits visuais e auditivos

- **Da intervenção**

Esta etapa foi realizada em 16 encontros, todos operacionalizados com estratégias lúdicas, cuja organização seguiu um roteiro pré-estabelecido pela psicóloga e o seu desenvolvimento obedece a três momentos.

Roteiro de Procedimento das Intervenções Lúdicas

1. **Local**: Foi utilizada a sala de trabalho da Mãe Canguru, equipada com mesa de reunião, cadeiras, televisão e armário.

2. **Duração:** Cada encontro teve a duração de 60 minutos, com horário pré-determinado das 13:00 às 14:00 horas.

3. **Freqüência:** Os encontros ocorreram uma vez por semana, sempre às terças-feiras; foram excluídas as semanas às quais contaram com feriados ou outras solenidades do hospital neste horário.

4. **Participação:** A presença no grupo não era obrigatória, mas sim de livre escolha.

5. **Número de participantes:** O grupo contou com uma média de cinco mães presentes e uma variação máxima de sete e mínima de três mães.

6. **Acesso ao encontro:** Preferencialmente, o grupo iniciava após a chegada de todas as mães que estavam presentes na UTI Neonatal ou no Berçário de Médio Risco naquele dia e que faziam parte do estudo, com uma tolerância de cinco minutos. Passado este tempo, o encontro era iniciado, independente do número de mães presentes, embora tenham ocorrido três encontros em que uma mãe chegou e pediu licença para entrar, tendo sido concedida pelas outras mães já em atividade. Todas as mães presentes só saiam quando terminava o horário do encontro.

7. **Utilização do material no procedimento:** O material utilizado para a intervenção era disposto na mesa para livre escolha das mães presentes, selecionado com base na curva evolutiva do brincar segundo a leitura piagetiana que inclui brincadeira de exercícios, jogo simbólico e jogo de regras.

8. **Plano geral da intervenção:** Cada encontro contou com três momentos, a saber:

1º Momento – duração aproximada de cinco a dez minutos: com todas as participantes do dia sentadas ao redor da mesa, o grupo tinha início com a apresentação de cada mãe, que dizia o nome e em que unidade o bebê estava internado. Como alguns bebês permaneciam internados por longo período, algumas mães freqüentaram o grupo por várias semanas, portanto, muitas já se conheciam. Na situação de que todas já tivessem participado do encontro anteriormente, era retomada apenas a unidade de internação dos bebês, pois nenhum bebê tem alta direta da UTI Neonatal para casa; todos passam, necessariamente, pelo Berçário de Médio Risco. A seguir, a psicóloga abordava o objetivo do encontro, explicando tratar-se de um período a ser utilizado para todas brincarem de forma espontânea e prazerosa, visando descontração e compensação do processo desgastante e estressante vivido.

2º Momento – duração aproximada de 40 minutos: o material a ser utilizado era disposto na mesa pela psicóloga que solicitava a escolha de um brinquedo ou uma atividade para desenvolverem juntas. Em geral, quando uma mãe dava alguma sugestão de brincadeira, era logo aceita pelo restante do grupo. A brincadeira era desenvolvida apenas pelas mães, enquanto a psicóloga observava, realizava anotações sobre o comportamento e suas falas, além de fotografá-las.

3º Momento – duração estimada de dez minutos: aproximando-se do final do horário combinado, a psicóloga solicitava o término da brincadeira e era aberta uma breve roda de conversa para discussão sobre os temas do dia e expressão de como haviam se sentido durante aqueles minutos em que estiveram juntas brincando. Para finalizar, a psicóloga fornecia a leitura sobre sentimentos trazidos naquela roda e as relações que estabeleciam com os bebês, além de incentivar o retorno no encontro seguinte daquelas que não tivessem alta hospitalar durante a semana.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

- **Quanto à intervenção**

Foi realizada no decorrer deste estudo análise quantitativa das atividades lúdicas realizadas.

- **Quanto à avaliação dos instrumentos**

Foi realizada análise descritiva com tabelas de contingência e tabelas (expressa em média e desvio padrão) dos resultados da entrevista e das escalas. Foi aplicado o teste ***t*** pareado que compara duas variáveis no mesmo indivíduo e adotado o nível de significância de 5%, permitindo fazer correlação de postos de Spearman.

3. RESULTADOS

3 RESULTADOS

Dada a abrangência dos resultados, serão apresentados inicialmente os dados das escalas (IDA e IPN-I) e da entrevista semidirigida do perfil clínico gestacional, seguidos daqueles obtidos na análise qualitativa das intervenções lúdicas.

- **Relativos às escalas (IDA e IPN-I) e ao perfil gestacional**

Foi realizada uma avaliação estatística para averiguar as médias obtidas da aplicação da Escala de Irritabilidade, Depressão e Ansiedade (IDA), do Inventário de Percepção Neonatal (IPN-I) e da entrevista semidirigida. Os resultados estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Análise Descritiva do Estudo.

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentuais		
					25%	50%	75%
Depressão	7,57	3,559	2	15	5,00	8,00	10,00
Ansiedade	8,20	4,114	0	15	5,75	8,50	11,25
Irritabilidade Exteriorizada	3,73	2,935	0	10	1,75	3,00	5,25
Irritabilidade Interiorizada	3,23	4,040	0	12	,00	1,50	5,00
Expectativa Próprio Filho	8,63	1,921	5	13	7,75	8,00	10,00
Expectativa/ Bebês Em Geral	9,20	2,074	6	14	8,00	9,00	10,00
Gestações	1,53	,507	1	2	1,00	2,00	2,00
Filhos	0,83	1,053	0	4	,00	,50	1,25
Aborto/óbito	0,50	1,075	0	5	,00	,00	1,00
IG *	31,97	3,557	23	39	29,00	32,00	35,00
Peso	1640,80	662,095	630	3970	1142,50	1512,50	2023,75
Internação	39,93	29,726	2	100	11,00	41,50	63,50

* Justifica-se a inclusão do bebê de IG de 39 semanas por ter sido utilizado neste estudo também o critério de avaliar bebês com peso de até 2.500 gramas.

Como se pode observar, a tabela acima contém dados obtidos por meio da IDA, relativos à depressão, ansiedade e irritabilidadade exteriorizada e interiorizada, do IPN-I, sobre as expectativas das mães em relação aos próprios filhos e aos bebês em geral e os relativos ao perfil clínico das mães. Em relação aos dados obtidos com a IDA, observa-se na Tabela 1 que a média do escore de depressão é de 7,57, com desvio padrão de 3,55, sendo que 75% da amostra tem escore 10, portanto, de alta intensidade.

Quanto à ansiedade, constata-se que 75% das mães também apresentam escore de alta intensidade – 11,25 – sendo que o escore médio é de 8,2, com desvio padrão de 4,1. Ao analisar os dados da Irritabilidade Exteriorizada, nota-se que o escore médio de 3,73 e o desvio padrão de 2,93 acompanham os resultados da Irritabilidade Interiorizada, cujo escore médio é de 3,23 e desvio padrão de 4,04. Constata-se, portanto, que nas duas dimensões emocionais, 75% das mães apresentam 5,25 como maior escore, caracterizado como um indicador de baixa intensidade.

Neste sentido, a análise sugere que, na classificação dos resultados da IDA, para cada uma das quatro subescalas, a amostra estudada revela alto nível de ansiedade e de depressão e baixo nível de irritabilidade tanto exteriorizada quanto interiorizada. A correlação entre depressão e ansiedade apontada na Tabela 2, indica que, no processo do parto e do nascimento de um bebê pré-termo, uma reação emocional segue a outra. O teste ***t*** pareado utilizado mostra que não há diferença significativa importante entre ambas (p=0,306).

Tabela 2. Correlação entre Depressão e Ansiedade.

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	t	Significância
Ansiedade – Depressão	-,633	3,327	-1,876	,609	-1,043	,306

Constata-se igualmente, por meio da análise da Figura 1, que ansiedade e depressão mostram-se associadas no processo vivido pelas mães de recém-nascidos pré-termo, pois têm o mesmo nível de intensidade.

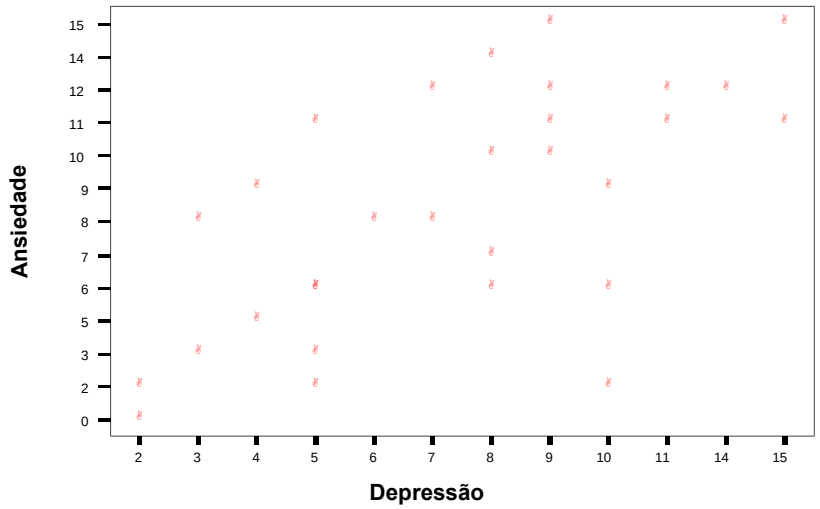

Figura 1. Gráfico de Dispersão entre Ansiedade e Depressão.

De forma complementar, os dados avaliados na Tabela 1 relativos ao IPN-I comprovam que as 30 mães estudadas têm as expectativas compatíveis entre si no que se refere ao próprio filho e aos bebês em geral, mostrando escores médios de 8,63 e 9,20, respectivamente, com diferença de 0,57. Observa-se que as avaliações são positivas, confirmadas pelo escore 10,0 apontado em 75% da amostra, o que configura uma alta expectativa quanto aos aspectos de sono, alimentação e vômito dos bebês. Este resultado sugere um indicador favorável para o desenvolvimento ao longo do tempo, pois as mães avaliam seus bebês prematuros como de baixo risco comparados aos outros bebês.

Quanto aos dados obtidos na avaliação da entrevista psicológica semidirigida, considerando-se o histórico gestacional de cada uma das 30 mães estudadas, averigua-se na Tabela 1, que em relação ao número de gestações, a média da amostra é de mais de uma gestação por mãe, observando-se que em 75% delas, trata-se do segundo ciclo gestacional. A média do número de filhos destas mães é 0,83, com variação de nenhum a quatro, das quais, 75% possuem mais de um filho. Ao mesmo tempo, a análise mostra que 75% já sofreram aborto ou óbito fetal. Assim, este resultado confirma os estudos de Kliegman (1996) que afirmam que o nascimento de um recém-nascido com baixo peso pode estar associado à história materna de ineficiência reprodutiva (relativa infertilidade, abortos, outros bebês pré-termo ou de baixo peso).

Em relação à idade gestacional do nascimento, os dados desta amostra indicam a média de 31 semanas, com desvio padrão de 3,55, escore mínimo de 23 e máximo de 39 semanas (Tabela 1), o que nesse último caso, indica o nascimento de um bebê PIG, já descrito na Introdução. A análise do peso médio ao nascer referente aos 30 recém-nascidos prematuros estudados é de 1.640g, com escore mínimo de 630g. e máximo de 3.970g. (Tabela 1), sugerindo no primeiro dado um bebê de extremo baixo peso e, neste último, tratar-se de um bebê GIG, também já referidos na Introdução. Não foram encontrados estudos sobre a média de semanas e de peso ao nascer de recém-nascidos pré-termo.

A avaliação relativa ao tempo de internação dos 30 recém-nascidos pré-termo pertencentes a esta pesquisa revela um período médio de 39,93 dias. Os dados indicam um período de hospitalização que varia de dois a 100 dias, sendo que desta amostra, 75% permaneceram 63,5 dias no hospital (Tabela 1). Este resultado coincide com outras pesquisas (RUIZ *et al.*, 2005; PADOVANI *et al.*, 2004; VALLE, 2002; GASPARETTO, 1998) que relatam um período médio de permanência hospitalar acima de 30 dias.

Este estudo também buscou verificar uma possível correlação entre os dados revelados na IDA relativos à ansiedade materna e a expectativa em relação ao próprio bebê, obtidos na Tabela 3 e não constatou correlação significante entre ambas, conforme aponta tabela abaixo.

Tabela 3. Correlação entre Ansiedade e Expectativa em relação ao próprio filho.

		Ansiedade	Expectativa Próprio Filho
Ansiedade	Correlação	1	,040
	Significância		,833
	N	30	30
Expectativa Próprio Filho	Correlação	,040	1
	Significância	,833	
	N	30	30

- **Relativos à intervenção lúdica**

Foram selecionados três casos emblemáticos, cujas mães apresentam escore de alta ansiedade, média ansiedade e baixa ansiedade, respectivamente, sendo realizadas as análises qualitativas de três momentos de suas participações nos grupos de intervenções lúdicas.

1ª Mãe: R.M.G.

Casada há seis anos, 24 anos, possui o 1º Grau completo e trabalha como auxiliar de limpeza numa empresa de telemarketing. Sentia desejo de ser mãe um dia, tendo esperado e planejado esta gestação. Sentiu-se muito feliz ao saber da gravidez, tratando-se de seu primeiro filho. Realizou pré-natal em Unidade Básica de Saúde do município de São Bernardo do Campo, tendo desenvolvido um quadro de Hipertensão Gestacional. Desta forma, permaneceu internada nove dias em outro hospital antes de ser encaminhada para o hospital onde o bebê nasceu e onde foi desenvolvido este estudo. Não tinha conhecimento que seu bebê podia nascer antes do tempo. Nega uso de tabaco e outras drogas antes e durante a gravidez. Nega antecedentes neurológicos e tratamento psiquiátrico antes do parto. Realizou parto cesariana, afirmando não ter visto nada, nem mesmo contato com seu bebê ao nascer. O primeiro sentimento referido logo após o parto foi de medo. Foi escolhida como um dos casos representativos deste estudo porque apresenta um quadro de alto nível de ansiedade logo após o parto e expectativa média em relação ao seu próprio filho e aos bebês em geral. Ao longo do processo de participação nos grupos de intervenção psicológica lúdica, nota-se diminuição da ansiedade, passando a apresentar reação emocional mais tranqüila.

Escore de ansiedade = 15
Peso do bebê ao nascer: 946 gramas
Idade gestacional: 29 semanas
Tempo total de hospitalização: 94 dias

1º Momento

Justificativa: Esta sessão foi selecionada por ter desenvolvido uma atividade lúdica da representação gráfica que R.M.G. fez do seu bebê, onde mostra um alto nível de ansiedade, sendo o primeiro grupo de intervenção lúdica do qual participa. A atividade deste dia permite sua representação do bebê idealizado versus o bebê real.

Momento inicial: R.M.G. chega e acomoda-se de forma aparentemente tranqüila ao redor da mesa, assim como as outras mães. Nesta sessão havia sete participantes que iniciam com a apresentação, como de costume. Logo após, os brinquedos são colocados na mesa, sendo solicitada pela psicóloga a escolha da atividade que gostariam de realizar. Uma das mães presente sugere que todas fizessem um desenho, o que foi, imediatamente, aceito por todas.

A atividade: R.M.G. participa e se mostra tímida e recatada, mantendo-se mais distante da mesa do que as outras mães, embora também fazendo o desenho. Enquanto desenham, as mães conversam sobre o quadro clínico de seus bebês e das expectativas que têm sobre a saúde deles. Uma das mães, repentinamente, começa a chorar referindo que seu bebê não está bem, pois foi descoberto que também tem hidrocefalia. R.M.G. que até então não havia se manifestado, verbaliza: "*... Eu fico tanto tempo ali, naquela UTI, pensando só no que ele ainda vai fazer; não choro, pois tenho que me acalmar para não deixar meu bebê sofrer também; eu estou desenhando um campo de futebol onde ele ainda vai jogar...*" R.M.G. refere-se ao seu bebê internado e fala para o grupo todo ouvir. As outras mães continuam atentas aos seus desenhos, em silêncio. A mãe que chora, conteve-se e volta a desenhar. Calada. R.M.G. mostra, através da fala que acompanha seu desenho (Apêndice B), forte desejo de que seu filho correspondesse a sua idealização, expressando sua expectativa de ter um filho saudável. Além disso, revela que o nascimento de seu bebê prematuro gera sentimento de ansiedade, medo e insegurança, pois não atende à realidade planejada. O desenho proporciona-lhe a liberdade de criar algo relativo à angústia de viver o nascimento de um recém-nascido pré-termo, fazendo com que fale isso depois. Neste sentido, a expressão simbólica gráfica possibilita a abertura da expressão simbólica verbal, as quais interagem o tempo todo entre si, sendo a linguagem, a manifestação da função simbólica mais consciente, mais bloqueada e mais defendida, retendo assim, ansiedade. Durante os últimos

minutos que restam até o fechamento deste dia, todas as mães permanecem a maior parte do tempo silenciosas, terminando a representação gráfica que fazem.

Fechamento: Nos últimos dez minutos do encontro, cada mãe fala sobre o desenho que fez. De uma maneira geral, os desenhos têm temáticas predominantes da natureza como céu, nuvens, sol, estrelas, montanhas, árvores e flores, além de características infantis, como árvores com frutos e sol com olhos, boca e nariz. O que as mães dizem a respeito do desenho, no geral, revela a angústia ligada à hospitalização do bebê, pois falam sobre o desejo de poder estar nos lugares desenhados onde, provavelmente, segundo elas, sentiriam alegria e paz. R.M.G. diz que fez um campo de futebol porque queria muito que seu filho andasse, corresse e jogasse futebol. Em seguida, a psicóloga fala ao grupo sobre a mobilização que o desenho desencadeia, mostrando que na representação gráfica assim como na brincadeira, a mãe representa a si mesma, sua realidade vivida e a realidade materna com o bebê. No caso de R.M.G., isto é notado pelo seu desejo de ter um filho com possibilidade de fazer tudo o que as outras crianças fazem, como jogar futebol. Completando a visão do desenho, observa-se um campo de futebol vazio, indicando solidão, ao mesmo tempo em que a bola pode ser interpretada como um útero oco.

Percurso entre momentos: Observa-se neste primeiro momento que esta mãe mostra sinais de ansiedade e angústia ligados ao nascimento de um bebê pré-termo, indicando viver um processo de fechamento em si mesmo.

2º Momento

Justificativa: Para ilustrar esse momento, foi escolhido um grupo em que R.M.G. revela uma ansiedade importante e que ocorre no Dia dos Namorados, tratando-se de um dia significativo para as mães de recém-nascidos hospitalizados, que na sua grande maioria, ainda mantêm uma relação apenas de namoro com o pai de seu bebê. Neste encontro, seis mães estão presentes, tendo sido o quarto grupo dos quais R.M.G. participa.

Momento inicial: R.M.G. chega sorridente e senta-se junto à mesa, acompanhando o movimento das outras mães. Após a apresentação inicial de cada uma, é selecionado por elas próprias o jogo da memória como atividade do dia.

A Atividade: Todas as mães mostram bastante interesse na brincadeira ajudando na organização do jogo, inclusive R.M.G. que parece muito feliz, com uma postura corporal mais flexível, tônus equilibrado e expressão sorridente. Ao jogar, as mães começam a observar os pares que combinam e os que não combinam, ou seja, passam a juntar os iguais, fazendo uma classificação mental das figuras que viram a cada jogada. R.M.G. participa com entusiasmo da brincadeira, rindo e se divertindo. Em uma jogada, ao ver a figura de um gato ser aberta no jogo, diz: *"... O gato é meu! Que saudade do meu gato! Já falei com ele por telefone hoje..."* Neste momento, R.M.G. refere-se ao companheiro que não via há dias, em função de sua permanência hospitalar. Com a internação prolongada de seu bebê, R.M.G. sofre um desgaste físico e emocional, vivenciando uma rotina diária totalmente diferente daquela que conhecia. A fala de R.M.G. mobiliza as outras mães, que passam também a comentar sobre seus companheiros e a angústia de passar dias no hospital sem ir para casa e reencontrar sua família. Continuam jogando, mantendo o foco da conversa na relação afetiva, principalmente com o pai do bebê, durante toda a atividade.

Fechamento: É aberta, como sempre, a roda para que cada mãe fale do encontro do dia. Todas as mães dizem que as sessões estão lhes proporcionando alegria e descontração, expressando ainda estarem mais equilibradas para lidar com o momento atual. No geral, as mães demonstram tônus-postural adequado com discurso verbal lógico e organizado. R.M.G. coloca que se sentiu muito bem, pois ao ver o gato, lembrou-se de seu amor, o pai de seu bebê. Finalizando, a psicóloga pontua sobre a ansiedade materna ligada à internação do recém-nascido pré-termo e à distância do companheiro, como no caso de R.M.G. que parece sentir muita falta do marido para apoiá-la no dia-a-dia. Completa afirmando ter observado que o jogo de memória estimula a memória visual e verbal, como a de R.M.G., mas que todas as mães presentes têm o mesmo sentimento quanto ao distanciamento das relações afetivas significativas.

Percurso entre momentos: Já se verifica uma diferença expressiva em relação ao primeiro momento, pois desde o início R.M.G. dá sinais visíveis de diminuição de seu nível de ansiedade, conseguindo até desviar o foco, neste momento, para a relação conjugal. Nota-se também um processo de abertura ao outro.

3º Momento

Justificativa: Este encontro se dá em um período final da internação do recém-nascido de R.M.G., sendo que o seu bebê é o último a receber alta, dos que participam deste estudo. Esta sessão lúdica foi escolhida por se tratar de um momento em que R.M.G. mostra-se ainda mais tranqüila, demonstrando baixa ansiedade em relação às sessões anteriores, além de adaptada à situação hospitalar, trazendo a representação da função materna que desejava exercer.

Momento inicial: As três mães presentes neste dia já se conheciam, sendo, portanto, dispensada a apresentação inicial. Antes mesmo de a psicóloga dispor os brinquedos na mesa, R.M.G. se adianta dizendo que gostaria de montar o quebra-cabeça. As outras duas participantes aprovam a opção.

A atividade: A proposta é de que as três montem o jogo juntas. R.M.G. mostra-se à vontade, procurando ativamente encontrar as peças para montar a figura. Observa-se que R.M.G. mantém-se mais tempo em interação com o grupo, comunicando-se mais e sorrindo muitas vezes, o que revela sinais evidentes da diminuição do seu nível de ansiedade. Enquanto acham as peças, as mães conversam sobre a expectativa de alta dos filhos. Por terem dificuldade para juntar as peças, as três mães reclamam e questionam se não falta alguma peça. Incentivadas pela psicóloga a continuar tentando, mantêm atenção na atividade. Faltam poucas peças para a montagem total da figura, quando R.M.G. se expressa, inesperadamente: *"... Eu estou bem na medida do possível! É que eu ainda estou arrumando o quarto do meu filho; não deu tempo, pois ele nasceu muito antes! Vai ficar lindo..."* E começa a cantar música de ninar nenê, ao mesmo tempo em que continua a montagem do quebra-cabeça. As outras duas mães acompanham seu canto, dando andamento à finalização do jogo. Ao falar para o grupo, R.M.G. refere-se ao nascimento prematuro inesperado do bebê que esperava e da falta de tempo hábil para arrumar o quarto dele. O jogo é um quebra-cabeça que tem a figura de um menino deitado numa cama, rodeado de bichinhos coloridos. Ao reconhecer a figura formada, R.M.G. lembra-se do quarto que está montando para seu filho, imaginando o momento em que o fará adormecer, ou seja, mostrando seu desejo de exercer sua função de mãe. As três mães finalizam a atividade rindo e concluindo que o segredo do jogo é começar de baixo para cima.

Fechamento: Na roda final de discussão, as mães comentam que é muito bom montar aquele jogo, mas é necessário atenção. R.M.G. disse: *"... Ah! Não estava faltando peça, não. A gente é que não estava conseguindo montar porque estava lembrando do nosso bebê!"* A psicóloga faz referência à expectativa da alta hospitalar e ao desejo que as mães têm de exercer o papel materno esperado, referindo ter notado na fala e no canto de R.M.G. um comportamento de proteção e acolhimento, fundamental para o desenvolvimento dos bebês. Pontua ainda, a espontaneidade e a tranqüilidade que R.M.G. mostra, indicando ter conseguido lidar e minimizar seu nível de ansiedade. Coloca também, que o jogo promove a solução de um problema onde se utiliza, ao mesmo tempo, a inteligência e a emoção.

Percurso entre momentos: Nota-se através deste terceiro momento de R.M.G. que seu nível de ansiedade diminuiu acentuadamente, dando indícios de assumir a função materna que desejava.

Os momentos aqui selecionados ilustram o progresso contínuo e positivo de R.M.G. em relação ao seu nível de ansiedade. Durante os 94 dias de hospitalização do bebê de R.M.G. sua ansiedade foi sendo aliviada, observando-se a cada semana, através de sua participação nos grupos de intervenção psicológica lúdica, movimentos mais soltos, comunicação mais espontânea e expressão facial mais alegre, sorrindo com maior freqüência. Para entrar em contato com seu bebê e diminuir sua ansiedade R.M.G encontra nos grupos lúdicos condições para realizar um movimento compensatório de fora para dentro que se caracteriza, cada vez mais, como relaxante e prazeroso versus o movimento de dentro para fora, onde havia predomínio do esforço e da dor. Nesta trajetória, R.M.G. busca o equilíbrio entre sofrimento e prazer. Nota-se que por meio das situações lúdicas que envolvem o corpo e o símbolo, consegue assimilar, aos poucos, seu bebê, suavizar seu sofrimento e conquistar uma relativa renovação espontânea para seu corpo e para suas representações simbólicas.

2ª Mãe: E.S.

Solteira, 22 anos, já tem um filho de três anos de outro relacionamento. Possui o 2º Grau completo e trabalha como vendedora numa papelaria. Refere nunca ter sentido desejo de ser mãe um dia,

não tendo desejado ou planejado nenhuma das gestações. Sentiu-se muito mal ao saber desta gravidez, embora o pai do bebê, com quem namora há um ano, tenha adorado a idéia de ter um filho. Realizou pré-natal na Casa da Gestante de Alto Risco do município de Santo André. Tinha conhecimento que seu bebê podia nascer antes do tempo, sendo que seu primeiro filho também havia sido prematuro. Nega uso de tabaco e outras drogas antes e durante a gravidez. Nega antecedentes neurológicos e tratamento psiquiátrico antes do parto. Realizou parto cesariana, afirmando ter sido um parto difícil, não tendo tido contato com o bebê ao nascer. O primeiro sentimento referido logo após o parto é de medo. Desde o início da internação de seu bebê, E.S. mostra-se sempre muito agitada e irritada, individualista, solitária e centralizadora, com pouca escuta às orientações fornecidas por toda equipe. Apresenta um problema sério nos rins, mas se mantém negligente com sua saúde o tempo todo. Há uma preocupação da equipe de saúde de que lide com seu bebê da mesma forma. Após participar dos grupos lúdicos, começa a apresentar significativa mudança na relação com o bebê, mantendo-se mais presente e participativa, além de melhor integração com as outras mães dos bebês hospitalizados. Foi escolhida como um dos casos representativos deste estudo porque apresenta um quadro de médio nível de ansiedade logo após o parto e relativa expectativa em relação ao seu próprio filho e aos bebês em geral. Ao longo do período de internação de seu bebê e de sua participação nos grupos de intervenção psicológica lúdica, verifica-se minimização da ansiedade, embora tenha revelado fragilidade emocional e forte sentimento de insegurança.

Escore de ansiedade = 8
Peso do bebê ao nascer: 1.090 gramas
Idade gestacional: 31 semanas
Tempo total de hospitalização: 63 dias

1º Momento

Justificativa: Este encontro foi escolhido por tratar-se de um momento em que E.S. mostra uma interação corporal já mais positiva com seu bebê após um mês de internação dele, sendo que já havia participado de outros dois grupos. Nesta sessão havia cinco mães presentes acomodadas ao redor da mesa para iniciar o grupo, quando E.S. chega à porta da sala com seu bebê em posição canguru e solicita autorização para participar da atividade com ele, dizendo que sentia muito

prazer em tê-lo junto ao seu corpo. A psicóloga permite sua permanência, com o aval das outras mães.

Momento inicial: Após a apresentação usual e a disposição dos brinquedos sobre a mesa, as mães discutem sobre a opção da brincadeira a ser desenvolvida, sendo escolhido o jogo de varetas.

A atividade: As mães conversam sobre as regras e a organização do jogo, sendo que uma delas lê em voz alta as informações explicativas contidas na caixa. Todas demonstram interesse na atividade através de uma postura corporal ereta, olhar focado, escuta atenta e semblante sorridente. Durante o jogo E.S. desempenha um papel muito mais ativo, jogando com bem mais disposição e envolvimento do que as outras participantes, chegando a levantar-se e locomover-se pela sala para realizar todas as jogadas, buscando êxito. Ao mesmo tempo, revela uma interação bastante afetiva com o bebê, pois olha e toca-o com cuidado, sorrindo. E.S. evidencia uma participação integral, colocando o corpo em movimento, utilizando a comunicação verbal com as outras mães e mantendo um contato afetuoso com seu bebê, sendo que o fato de mantê-lo em posição canguru não atrapalha em nada suas ações. As mães presentes no encontro neste dia revelam-se surpresas com o comportamento de E.S., comentando sobre sua transformação no último mês, ao mesmo tempo em que dão continuidade ao jogo. Falam que notam um processo de aproximação de E.S. junto ao bebê e dos cuidados que passou a dispensar a ele, mostrando não querer separar-se dele nem mesmo para participar do grupo de brincadeira. Até o presente momento nenhuma mãe havia levado seu bebê para participar do encontro, mas neste dia questionam a possibilidade de levá-los nas próximas sessões. Alternam, até o final da atividade, atenção aos momentos de jogadas, risos com os erros e acertos de cada uma e pequenas paradas para a expressão verbal do que observam. E.S. vence o jogo de varetas pela contagem de pontos, o que causa reclamação. E.S. reage com expressão de surpresa ao protesto das participantes, demonstrando não identificar seu comportamento como causa de conflitos.

Fechamento: Em vista da reação do grupo à vitória de E.S., a roda de conversa volta-se a sua performance. As outras mães criticam que E.S. saía de seu lugar e se movimentava muito quando era sua vez de jogar. E.S. defende-se dizendo que em nenhum momento foi dito que não podia fazer isso e que, portanto, foi a maneira melhor que encontrou de tentar ganhar o jogo. As

participantes acabam concordando com ela e aceitam sua vitória. Dizem ainda, que o jogo parece fácil, mas não é, pois são varetas bem maiores do que as que conhecem e, portanto, mais difíceis de manipular. A psicóloga pontua a importância das regras ficarem sempre claras antes do começo de qualquer jogo, pois sua má compreensão pode causar desordem. Comenta também que a participação efetiva e afetiva de E.S. nos grupos lúdicos parece ter-lhe trazido alívio da agitação que apresentava logo após o parto, pois já consegue uma interação mais positiva com seu bebê, notada através do contato pele a pele, troca de olhar e fala carinhosa.

Percurso entre momentos: Verifica-se neste primeiro momento que E.S. revela uma abertura que não possuía até então, pois já consegue interagir pelo menos com seu bebê.

2º Momento

Justificativa: A seleção desta sessão se deu porque E.S. manifesta maior flexibilidade, quebrando seu modo de agir rígido e egocêntrico. Neste encontro, mostra-se atenta o tempo todo não apenas a sua atuação, mas também nas jogadas das outras mães, o que lhe possibilita novas perspectivas.

Momento inicial: Neste dia havia quatro mães que já tinham estado em encontros anteriores e uma mãe que nunca tinha participado, totalizando cinco. As quatro mães já familiarizadas com o encontro entram fazendo folia: falam alto, riem uma das outras e apresentam movimentos corporais espontâneos, mostrando-se descontraídas e alegres, dentre elas E.S. Todas se acomodam ao redor da mesa como de costume, sendo que a mãe que participa pela primeira vez chega calada e cabisbaixa, sentando-se mais distante da mesa do que as outras quatro. Assim que percebe o retraimento da nova mãe, E.S. manifesta-se, convidando-a para chegar-se mais próxima a todas para formar um círculo completo e fechado, o que a nova mãe faz de imediato. Depois da apresentação rotineira e da exposição dos brinquedos, o grupo decide jogar memória.

A Atividade: E.S. já vinha dando indícios de ganhos em seus aspectos afetivo-emocional e social, mostrando-se mais interativa, presente e colaborativa, agrupando-se para as refeições e para as atividades oferecidas às mães dos bebês internados. Neste encontro, logo demonstra um comportamento amigável e simpático, convidando a nova participante a juntar-se mais às mães. Da mesma forma se comporta durante toda atividade, ajudando na organização do jogo, na

orientação das jogadas e na contagem final dos pontos. Todas as participantes mantêm-se ligadas às jogadas, entretanto E.S. destaca-se pela capacidade que mostra de assumir um papel ativo, além de conciliador. A cada jogada, orienta a seqüência da roda apontando a próxima mãe a jogar e pontua sobre as possibilidades de acertos e erros, por meio de uma fala de conforto em tom de voz ameno. As mães demonstram gostar de seu comportamento organizador e acolhedor, aceitando com tranqüilidade por meio de sorrisos, balanços de cabeça e conversas calmas. O jogo segue este ritmo até o final da sessão. Durante todo encontro E.S. mantém esta mesma conduta, mas não vence o jogo, reagindo de forma passiva em relação ao resultado.

Fechamento: Nos minutos finais de comentários sobre o dia, as mães são unânimes em afirmar sobre a postura serena e cooperativa que E.S. mostra nesta atividade. E.S. também reconhece que se sentia diferente, chegando a dizer que *"... estava ficando meio boba de um tempo para cá...",* indicando notar que estava conseguindo exteriorizar sua afetividade, tanto com seu bebê quanto com as outras pessoas. A psicóloga fala a respeito justamente do comportamento de E.S. concordando com as outras mães em relação a sua conduta menos centrada, mais interativa e afetiva, o que desencadeia um processo de melhor adaptação à situação de nascimento prematuro e hospitalização de seu bebê. Conclui sobre a importância da brincadeira como uma forma de compensar a ansiedade e o sofrimento durante a internação do recém-nascido pré-termo, como no caso de E.S. que parece mais solta e afetiva com todos, não apenas com seu bebê.

Percurso entre momentos: Nota-se uma abertura ainda maior neste segundo momento de E.S. em relação ao primeiro momento, pois indica conseguir interagir também com as outras mães, além de passar de uma conduta hostil para um comportamento participativo.

3º Momento

Justificativa: Este grupo marca o reconhecimento de um vínculo afetivo ambivalente na relação de E.S. com seu recém-nascido pré-termo, revelado através do desenho representativo.

Momento inicial: O grupo tem início, como sempre, com uma apresentação de cada participante. Seguindo o protocolo de dispor os brinquedos na mesa, a psicóloga logo solicita a escolha de uma brincadeira para o encontro. Eram cinco as mães que haviam chegado tranqüilas, com movimentos

corporais espontâneos e relaxados e expressão facial de alegria, esboçando sorrisos. Sentam, como de costume, ao redor da mesa. Após levantarem várias hipóteses sobre do que brincar, as mães resolvem desenhar.

A Atividade: Iniciam a atividade com entusiasmo, embora verbalizem que não sabem o que desenhar. Entretanto, pouco a pouco, começam a esboçar linhas e formas e decidem, em conjunto, fazer um desenho que lembre seus bebês. E.S. indica representar sua realidade ligada ao recém-nascido pré-termo com forte emoção, mostrando usar o corpo todo para realizar a atividade, quase deitada sobre a folha de papel e recostada na mesa. Interage com o ambiente através da exploração dos lápis e da escolha de cores, acompanhando com pequenas descrições verbais do que ia fazendo. Quando termina, diz: *"Desenhei um céu estrelado e escrevi: 'a minha neném lembra o brilho da lua'"* (Apêndice C). E.S. manifesta através de seu desenho e de seu discurso que possui sentimentos opostos no vínculo estabelecido por seu bebê. Ao ouvir a fala de E.S., imediatamente, todas as mães param o que fazem e olham atentas para o desenho que exibe com prazer. E.S. parece satisfeita e, ao mesmo tempo, aliviada, apresentando olhar sereno e tom de voz baixo. Após a observação da representação gráfica de E.S. as demais mães se voltam para seus desenhos até terminá-los, de forma tranqüila e em silêncio.

Fechamento: Na roda de conversa, todas as mães dizem que seus desenhos são relacionados ao momento. De modo geral, os desenhos retratam temas da natureza, como paisagem, árvores, flores, céu e sol entre outros, com características infantis, como carinhas, florzinhas e cores que sugerem o próprio interesse. E.S. volta a falar sobre o brilho das estrelas que seu bebê lembra. A psicóloga coloca sobre a importância de atividades como a brincadeira e o desenho como formas de aliviar a ansiedade e a tensão de situações difíceis e sofridas, como o nascimento de um recém-nascido pré-termo e sua hospitalização, como no caso de E.S.. Reforça a necessidade das mães buscarem algo que lhes traga relaxamento e prazer.

Percurso entre momentos: Observa-se neste momento final que E.S. mantém sentimento de insegurança e impotência diante do nascimento de um recém-nascido pré-termo, apesar de seu processo de abertura anteriormente constatado.

Os momentos explanados mostram a trajetória de E.S. durante o processo de participação nos grupos lúdicos e internação de seu bebê. O bebê de E.S. permaneceu hospitalizado por 63 dias, notando-se, pouco a pouco, mudanças importantes em seu processo de adaptação à permanência hospitalar e compensação da ansiedade. E.S. passa de um comportamento rebelde e rígido para uma conduta participativa e flexível, com movimentos corporais mais harmoniosos e interação comunicativa espontânea e freqüente. Revela, desde o início, tratar-se de uma pessoa frágil emocionalmente, necessitando sempre ser o foco das atenções, fazendo com que todos se voltem a ela, chamando a atenção por um ou outro motivo, quer fosse por suas ações rebeladas ou por seus procedimentos colaborativos. Ao longo do tempo, assume uma figura materna positiva, como forma de ficar bem aos olhos de toda equipe de saúde e das outras mães, embora se mantenha insegura e com sentimentos antagônicos, notando-se na ocasião da alta hospitalar, que mantinha um vínculo ambivalente com seu bebê. Após sua iniciativa de levar o bebê em posição canguru no grupo de intervenção psicológica lúdica, as outras mães também desejam fazê-lo. Porém, depois de discutir o assunto com todas as mães, é decidido que os bebês deveriam permanecer nas unidades de internação.

3ª Mãe: R.P.F.

Casada há 10 anos, 27 anos, possui o 1º Grau completo e não trabalha. Sentia desejo de ter filhos e planejou esta gestação. Já possui um filho de sete anos e sentiu-se feliz ao tomar conhecimento da gravidez. Realizou pré-natal em Unidade Básica de Saúde do município de Santo André, sendo que desenvolveu um quadro de Hipertensão Gestacional. Desde o sexto mês de gestação soube que seu bebê podia nascer antes do tempo. Fumou cinco cigarros por dia durante a gravidez até o momento do parto. Nega uso de outras drogas antes e durante a gestação. Nega antecedentes neurológicos e tratamento psiquiátrico antes do parto. Realizou parto cesariana, descrevendo-o como agitado, pois estava nervosa. Viu seu bebê ao nascer, tendo sido encaminhado imediatamente ao Berçário de Médio Risco. O primeiro sentimento mencionado logo após o parto é de alegria. Foi escolhida como um dos casos representativos deste estudo porque apresenta um quadro de baixo nível de ansiedade depois do parto e de alta expectativa em relação ao seu próprio filho e aos bebês em geral. Durante o tempo de hospitalização de seu bebê e de sua participação

nos grupos de intervenção psicológica lúdica, observa-se aumento inicial da ansiedade, seguida de diminuição da mesma e alívio da tensão.

Escore de ansiedade = 0
Peso do bebê ao nascer: 1.525 gramas
Idade gestacional: 33 semanas
Tempo total de hospitalização: 67 dias

1º Momento

Justificativa: Este encontro foi selecionado porque a representação gráfica de R.P.F. mostra aumento em seu nível de ansiedade em relação a nenhuma ansiedade revelada logo após o parto, expressando forte sofrimento por não estar amamentado seu bebê.

Momento inicial: R.P.F. chega cabisbaixa e calada, acomodando-se ao redor da mesa como as outras mães. Havia uma semana que seu bebê tinha nascido e estava internado. Especialmente nesta data, todas as cinco mães que participam parecem tristes, apresentando postura corporal rígida, olhar assustado e pouca interação verbal. Após o protocolo inicial, elegem o desenho como atividade do dia.

A atividade: Durante todo tempo em que fazem o desenho, as mães mantêm expressão facial de cansaço e desânimo, além de pouca comunicação oral. Parecem ameaçadas, distantes umas das outras, numa atitude de isolamento. Por dois momentos conversam sobre o quadro clínico de seus bebês e das expectativas que têm sobre a saúde deles. R.P.F. mantém-se totalmente voltada para a representação que faz, com o corpo debruçado sobre a mesa, indicando envolvimento e forte sentimento de angústia, constatada por meio de sua expressão de tristeza e olhar lagrimejado. Ao terminar seu desenho, R.P.F. levanta a cabeça e diz: *"Meus seios estão chorando porque não posso amamentar a Nicolli"* (Apêndice D). As mães ouvem e manifestam seus sentimentos de solidariedade e companheirismo, lamentando o fato. O desenho possibilita a R.P.F. a autonomia de expressar seu sentimento de angústia e decepção em relação à ausência do aleitamento materno, que se caracteriza como uma relação espontânea e prazerosa para ambos e fortalece o vínculo afetivo. Desta forma, a expressão simbólica gráfica de R.P.F. possibilita a abertura da

expressão simbólica verbal aliviando sua ansiedade. Durante os últimos minutos que restam até o fechamento deste dia, todas as mães se mantêm silenciosas, terminando a representação gráfica que faziam. R.P.F. permanece calada, com olhar marejado e expressão de desalento.

Fechamento: Na roda de conversa as mães falam sobre os desenhos, que de forma geral, têm temáticas predominantes da natureza, como árvores, flores, céu, estrelas nuvens e sol, e características infantis, como árvores com frutos e céu com olhinhos. Ao falar sobre os desenhos, as mães denotam a angústia do momento vivido através do discurso engasgado, voz trêmula e choro contido. R.P.F novamente fala do desejo de amamentar seu bebê, porém refere sentir-se mais aliviada após participar desta sessão. Para fechar o encontro, a psicóloga fala sobre a importância do desenho, bem como da brincadeira, como formas de as mães se sentirem menos angustiadas, pois representam a si mesmas e a realidade materna com o bebê. Lembra que o aleitamento materno é um ritual prazeroso tanto para a mãe quanto para o bebê, mas que o início da amamentação do bebê prematuro depende das condições clínicas do bebê e da manutenção do leite da mãe através das ordenhas. Ao mesmo tempo, estimula o toque e a fala carinhosa com seus bebês.

Percurso entre momentos: Denota-se neste primeiro momento desta mãe, uma alteração emocional importante diante da internação do bebê e da impossibilidade do aleitamento materno, gerando alto nível de ansiedade.

2º Momento

Justificativa: Esta sessão foi escolhida em função de R.P.F. trazer indícios de minimização de seu nível de ansiedade, mas não havia ainda elaborado o nascimento de um bebê prematuro. Neste encontro, sete mães estão presentes, sendo o terceiro grupo dos quais R.P.F. participa.

Momento inicial: R.P.F. chega sorridente e senta-se junto à mesa, acompanhando o movimento das outras mães. Após a apresentação inicial de cada uma, selecionam o jogo da memória como atividade do dia.

A Atividade: Todas as mães parecem alegres, com expressão sorridente neste encontro. Participam da organização do jogo, apresentando postura corporal firme, tônus equilibrado e sorrisos espontâneos. Ao jogar, as mães riem, falam sobre as figuras que viram e, ao mesmo tempo, comentam sobre seus bebês, ou seja, os ganhos clínicos daquela semana, os exames, os prognósticos dos médicos, etc. Numa jogada em que R.P.F. vira uma figura de xícara de café, começa a falar sobre a saúde de seu bebê, dizendo: *"A Nicolli ainda tem muita dificuldade para respirar, acho que é porque fumei na gravidez"*. Naquele instante, através do jogo, ainda que de regras, mas que possibilita a liberação de emoções fortes, R.P.F. remete à situação de fumar durante toda gestação, revelando que as mães de prematuros questionam a própria responsabilidade na causa do nascimento pré-termo. Imediatamente, as outras mães procuram aliviar a culpa expressa por R.P.F. por meio de falas que trazem conforto e acolhimento. Entretanto, revelam-se ambivalentes, pois ao mesmo tempo, concordam que os bebês podem ter nascido antes do tempo em função de alguma coisa que tenham feito de errado durante a gravidez. Enquanto discutem a respeito da questão, continuam a jogar com diversão, sem perder o entusiasmo. R.P.F. também se mantém atenta ao jogo, participando da conversa e procurando compreender o processo do bebê prematuro. Continuam jogando, falando sobre os bebês e rindo até o final da atividade. A mãe vencedora do jogo comemora muito e todas as outras participam ativamente através de aplausos e gritos de parabéns.

Fechamento: Aberta a roda para que cada mãe fale do encontro do dia, todas afirmam que os encontros estão trazendo satisfação e contentamento, o que lhes ajuda a enfrentar o momento atual, pois sempre saem rindo e dispostas do grupo. R.P.F. evidencia que à medida que se sente mais segura, descontrai-se e interage mais, passando a elaborar o processo do nascimento do bebê pré-termo. A psicóloga coloca que a ansiedade e a culpa são os sentimentos mais presentes nas mães de bebê prematuros por estarem ligados à apreensão pelo que possam ter feito ou deixado de fazer durante a gravidez que tenha motivado o estado do bebê. Esclarece ainda sobre as várias causas que podem levar ao parto antes do tempo. Insiste na interação com o bebê através do olhar, do tocar, do falar e do acolher. Pontua também quanto à descontração e o ânimo deste dia.

Percurso entre momentos: Observa-se neste segundo momento que, apesar do sentimento de culpa ligado ao nascimento prematuro, R.P.F. já consegue abertura significativa, a ponto de diminuir seu nível de ansiedade.

3º Momento

Justificativa: Este encontro lúdico foi escolhido por se tratar de um momento em que R.P.F. mostra-se bem mais serena e aliviada, demonstrando baixa ansiedade em relação às sessões passadas, bem como exercendo a função materna que desejava.

Momento inicial: Neste dia havia quatro mães presentes e como já se conhecem, logo foram discutindo sobre a atividade do dia, escolhendo o jogo de varetas para brincar.

A atividade: As quatro mães parecem descontraídas e tranqüilas. Falantes e risonhas mostram o corpo feliz através de uma postura ereta, cabeça erguida, tônus-postural equilibrado e movimentos coordenados. Todas as mães participam ativamente da brincadeira, orientando umas às outras a cada jogada. Ao passarem alguns minutos, após o início das jogadas, de repente, R.P.F. solta os cabelos dizendo: "*quero ficar mais bonita"* e começa a rir muito, fazendo piadas e graças com as jogadas das outras mães. R.P.F. confirma que o lúdico coloca o corpo em funcionamento, ativa a imaginação e expressa emoções, ajudando na estruturação do momento vivido. As companheiras não se importam com o comportamento brincalhão de R.P.F. e entram no mesmo clima, passando a zombar e a foliar umas das outras, através expressões verbais engraçadas e postura corporal descontraída. Jogam neste contexto e com veemência até o final. R.P.F. vence o jogo, comemorando muito com pulos e gritos, pois pela primeira vez ganha uma disputa desde o início de sua participação nos grupos. As outras mães estão tão envolvidas na atmosfera de alegria que reagem também com muito contentamento frente à vitória de R.P.F.

Fechamento: Na roda final de discussão, as mães continuam a rir e a fazer gracejos, manifestando contentamento e descontração. Todas referem que aquele era um momento muito bom porque podem brincar, falar e rir sem censura, o que lhes ajuda a se sentirem mais leves e relaxadas. A psicóloga retoma o objetivo do grupo lúdico enquanto uma estratégia de diminuição da ansiedade

materna e compensação do sofrimento. Aproveita a fala de R.P.F. sobre ficar mais bonita e sua conduta na atividade, pontuando que soltar os cabelos parecia ter um significado de liberdade, trazendo-lhe um sentimento de mais valor e segurança, passando a agir com alegria e prazer.

Percurso entre momentos: Verifica-se neste terceiro momento de R.P.F. que conquista um movimento estável diante do nascimento do recém-nascido pré-termo e equilíbrio adaptativo à realidade.

As sessões selecionadas ilustram um aumento significativo de ansiedade em R.P.F. logo na primeira semana de internação de seu recém-nascido pré-termo e progressiva evolução positiva. R.P.F. permanece acompanhando a hospitalização de seu bebê por 67 dias, o que, inicialmente, gerou alto nível de ansiedade não esperada, pois expressava alegria através de sorrisos e disposição prontamente após o parto. Ao mesmo tempo, tinha alta expectativa em relação ao aleitamento materno, que só foi iniciado 15 dias após o nascimento e precisou ser interrompido duas vezes por piora do quadro clínico do bebê. O aleitamento materno se caracteriza como um ritual que combina conservação e inovação, sendo, portanto, uma forma de comunicação importante entre mãe e bebê. Como seu bebê mantém-se em incubadora, com ventilação mecânica e monitor cardíaco, R.P.F. fecha-se em si mesma, perde o interesse de interagir e compromete seu corpo e a representação simbólica de seu recém-nascido. Apresenta sentimentos perturbadores e contraditórios durante o processo, sendo que, parece ter encontrado nos grupos de intervenções lúdicas o equilíbrio entre tensão e relaxamento, diminuindo, novamente, sua ansiedade. Durante seu trajeto, revela ter assimilado uma nova imagem mental de seu bebê, levando prazer para o corpo e para as representações simbólicas através de um processo espontâneo, que a deixou mais forte e solta.

4. DISCUSSÃO

4 DISCUSSÃO

O desenvolvimento deste estudo deu-se de forma favorável devido à proximidade profissional da pesquisadora com o hospital onde os dados foram colhidos. Dentre os aspectos positivos deste trabalho, destacam-se a experiência da mesma em trabalhar com grupos e o contato fácil de empatia com as mães. Por outro lado, cabe esclarecer que o fato de trabalhar no hospital levou a uma preocupação em relação à objetividade dos dados colhidos e a uma conduta ética para não invalidar a pesquisa.

Dentre as 30 mães que fazem parte da pesquisa, como já visto, 75% delas apresentam um escore de 11,25, indicando alta intensidade. Os dados apresentados mostram-se compatíveis com aqueles obtidos em outros estudos (PADOVANI *et al.*, 2004; VALLE, 2002) sobre como o nascimento de um recém-nascido pré-termo pode gerar ansiedade materna, havendo um descompasso entre o bebê que era esperado e o que nasce: um recém-nascido pequenino, com aspecto estranho, musculatura e tonicidade reduzidas, cabeça grande, pele viscosa e brilhante, que a mãe não pode segurar nos braços, mas que está sendo manipulado constantemente pela equipe de saúde.

Nesta pesquisa, observa-se, do mesmo modo, acompanhando os níveis de ansiedade, que 75% da amostra apresentam um escore de 10 quanto à depressão, avaliado como de alta intensidade. Os resultados referentes à irritabilidade exteriorizada e irritabilidade interiorizada são igualmente compatíveis entre si, cujo escore revelado por 75% das mães é de 5,25, caracterizando-se como de baixa intensidade. Encontra-se no trabalho de Gasparetto (1998) sobre desenvolvimento de um programa de intervenção para mães de bebês pré-termo, que também utilizou a Escala de Ansiedade, Depressão e Irritabilidade (IDA), alguns dados semelhantes a esta pesquisa. Gasparetto (1998) constatou no grupo experimental uma tendência significativa de decréscimo do nível de ansiedade, avaliada antes e depois do programa de intervenção. Averiguou ainda, neste mesmo grupo, que não foi encontrada nenhuma mudança significativa entre as médias antes e depois da intervenção quanto ao índice de depressão, de irritabilidade exteriorizada e irritabilidade interiorizada. Examina-se de forma semelhante no estudo de Valle (2002) sobre fatores de alto risco e ansiedade em mães de recém-nascidos pré-termo, que 85% de sua amostra apresentam

ansiedade grau 4, numa escala de 0 à 4, categorizado como um grau indicativo de bastante ansiosa.

Desta forma, neste estudo avaliativo e interventivo, a opção pela criação de grupos lúdicos mostra-se muito favorável, obtendo adesão da maioria das mães que voltaram semanalmente de forma voluntária e entusiasmada para brincar. Ao participar dos grupos, as mães parecem reagir de maneira cada mais renovada e organizada, pois brincar envolve situações facilitadoras por meio da ação do corpo e novas representações mentais. É o corpo que possibilita a formação do símbolo (PIAGET, 1978).

Verifica-se que, pouco a pouco, as mães constroem novos processos simbólicos da realidade vivida, pois o lúdico possibilita a ampliação das competências e da criatividade; influencia na solução de problemas e no desempenho de papéis sociais; interfere no desenvolvimento, na aprendizagem, na saúde e na qualidade de vida, resgatando processos mentais de forma saudável (OLIVEIRA, 2005).

O jogo distingue-se das atividades não-lúdicas, pois se constitui como uma conduta desinteressada, espontânea, prazerosa, não-dirigida e que ignora conflitos, levando a um processo de equilíbrio entre o real e o eu. Sendo também um instrumento de ingresso no mundo social e cultural, a brincadeira com seu caráter interativo, suscita fortes emoções e fornece suporte a momentos de sofrimento, como o de ter um recém-nascido pré-termo hospitalizado (OLIVEIRA, 2006).

Os resultados desta pesquisa revelam ainda, como uma internação sem previsão de alta, configura-se em um evento estressante para a família, a qual se depara com uma situação imprevisível, o que gera ansiedade. Os dados obtidos neste estudo, calcados na relevância do lúdico, assemelham-se a conclusões de autores de estudos desenvolvidos sobre esta temática que evidenciam, igualmente, a necessidade de um trabalho de intervenção junto a mães de bebês pré-termo para que estas consigam enfrentar a hospitalização do bebê e que, ao mesmo tempo, previna problemas em sua interação mãe-bebê. Estas pesquisas, contudo, não contêm relatos de intervenção junto às mães. (BRUM e SCHERMANN, 2004; PADOVANI *et al.*, 2004).

Neste sentido, Ruiz *et al.* (2005) e Gasparetto (1998) mostram efeitos positivos de programas de intervenção desenvolvidos com mães de recém-nascidos pré-termo, assim como este trabalho, cujos resultados são evidentes e indiscutíveis em relação à redução expressiva de sintomas de ansiedade, estresse e depressão materna.

Quanto aos dados relativos ao tempo de hospitalização do recém-nascido prematuro, os resultados aqui encontrados também são similares a outras pesquisas. Nos casos enfocados neste estudo, percebe-se que o tempo médio de hospitalização dos bebês é de 40 dias, enquanto bebês que nascem a termo, sadios, permanecem na maternidade entre dois e três dias. Os resultados obtidos mostram que a mãe de recém-nascido pré-termo hospitalizado permanece em crise por longo tempo, com alta ansiedade, em função da internação prolongada do bebê, ainda que não apresentasse alto nível logo após o parto. Estes dados coincidem com os de Ruiz *et al.* (2005); Padovani *et al.* (2004); Valle (2002) e Gasparetto (1998) que em seus estudos relatam um período médio de permanência hospitalar acima de 30 dias.

Este estudo aponta que 63% das mães estudadas haviam sido alertadas, de alguma forma, durante o pré-natal, sobre a possibilidade de seu bebê nascer antes do tempo. Entretanto, verifica-se que a informação não basta para evitar um processo de sofrimento, em que a mãe se torna frágil com o momento vivido e sua representação deste período e a do bebê ficam comprometidos. O nascimento de um recém-nascido pré-termo, como já descrito neste estudo, interrompe o curso gestacional tanto do ponto de vista biológico quanto do psicológico, determinando mudanças importantes nos diferentes membros da família, levando-os a uma reorganização do contexto familiar.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), estudos evidenciam que o nascimento de um bebê pré-termo representa um período de crise para a família, de desequilíbrio e confusão, podendo, ainda que temporariamente, tornar-se incapaz de respostas adequadas, embora busquem mobilizar recursos internos de enfrentamento.

Este trabalho utiliza intervenções lúdicas grupais com as mães de bebês prematuros hospitalizados, tendo em vista a constatação anterior da pesquisadora quanto à necessidade da

implementação de uma ação que diminuísse a ansiedade materna. O lúdico foi utilizado como estratégia, pois suscita o prazer, processo que faz com que o indivíduo se reequilibre frente à vida. Outras pesquisas sobre mães de recém-nascidos pré-termo constatam, do mesmo modo, tal necessidade e sugerem a implantação de programas de intervenção junto às mães (RUIZ et al., 2005; BRUM e SCHERMANN, 2004; PADOVANI et al. ,2004; GASPARETTO, 1998).

Do ponto de vista psicológico, o que se procurou evitar foi que a mãe permanecesse com alto nível de ansiedade durante a internação do bebê, período que se caracteriza por enfrentamento de situações novas e desconhecidas que implicam em mudanças importantes em sua vida. Observa-se que as atividades lúdicas levam a mãe à adaptação da realidade vivida, pois há o predomínio do prazer à tensão. A brincadeira faz com que a mãe leve mais facilmente o presente para dentro de si, assimilando uma nova imagem mental de seu bebê, uma vez que se renova, levando prazer para o corpo e para as representações simbólicas através de um processo natural. A mãe busca sempre o equilíbrio entre sofrimento e prazer em relação ao bebê real. Verifica-se, assim, que o atendimento psicológico às mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados requer espaços para a comunicação, o acolhimento e a compreensão do conflito vivido e da ansiedade gerada.

Este estudo constata, portanto, a importância do lúdico como estratégia criativa e inovadora, fazendo com que, temporariamente, os problemas da vida diária e suas preocupações sejam deixados de lado. Nota-se que brincar, enquanto uma atividade divertida e estimulante, deixa as mães mais atentas e soltas, ao mesmo tempo em que encoraja a participação efetiva. Assim também, revelam outros estudos sobre intervenções desenvolvidas com mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados (SCOCHI *et al.*, 2004; FONSECA *et al.*, 2002) indicando que o brincar contribui com o processo de adaptação e equilíbrio diante da realidade vivida pela mãe, além de se caracterizar como uma forma de assistência mais integral e humanizada.

Sabe-se, inclusive, que as técnicas de integração, incentivo à criatividade, à tomada de decisão, à participação e integração através do jogo vêm sendo utilizadas em áreas distintas da atividade humana, como na administração, comunicação, educação, sociologia, sendo que também diminuem o estresse ao colocar o indivíduo frente a situações reais e despertando o interesse pelo conhecimento, bem como, facilitando o aprendizado (FONSECA *et al.*, 2002).

Os três casos escolhidos como representativos deste trabalho confirmam a ação do brincar enquanto atividade que cria condições para uma interação social mais prazerosa, que desloca o foco do problema em si para uma atividade descontraída, com significado simbólico que possibilita a emergência menos sofrida de temas ansiógenos, relacionados ao nascimento do filho antes do tempo esperado.

Em relação à análise qualitativa evolutiva das intervenções lúdicas, evidenciam-se dados que confirmam pesquisas anteriores quanto ao alto nível de ansiedade materna logo após o parto prematuro, assim como se constata no início dos casos apresentados. Observa-se no primeiro momento a dificuldade inicial da mãe em interagir, mesmo com outras mães com problemática semelhante, mantendo-se afastada do grupo e silenciosa, evidenciando seu alto nível de ansiedade. A representação simbólica por meio do desenho vem facilitar a expressão de sua angústia, que chega até a ser verbalizada e compartilhada com o grupo, causando inclusive sua aproximação física com as demais. R.M.G. revela, ao participar do grupo de intervenção lúdica, que o nascimento de um recém-nascido pré-termo desencadeia forte sentimento de ansiedade, pois o bebê que nasce não corresponde ao bebê idealizado (VALLE, 2002). A representação gráfica desta vivência proporciona, portanto, alívio do alto nível de ansiedade que apresentava desde o parto.

Estes dados são, do mesmo modo, verificados em relação às outras duas mães, sendo que ao participar dos grupos lúdicos, E.S. mostra-se mais aberta para interagir com seu bebê, principalmente através do corpo, passando a permanecer mais tempo no hospital para praticar a posição canguru. E.S. demonstra no primeiro momento que o lúdico, com seu caráter interativo, facilita a convivência com alegria e afeto, pois prioriza o contato físico com seu bebê, mesmo durante a participação nos grupos, solicitando a manutenção do método canguru ainda que no horário do encontro. Ao mesmo tempo, parece apresentar forte sentimento de insegurança, expressado pela sua necessidade de chamar atenção e não medir esforços para vencer o jogo, ainda que empregando recursos não combinados anteriormente.

Verifica-se como, no primeiro momento, a hospitalização de um recém-nascido pré-termo desencadeia, mesmo que paulatinamente, aumento do nível de ansiedade de sua mãe, ainda que

esta não tenha alta logo após o parto como no caso de R.P.F., a terceira mãe avaliada. Nota-se, além disso, que o aleitamento materno, enquanto um ritual que concilia conservação e repetição, pode facilitar a realidade vivida e diminuir a ansiedade de R.P.F., pois se trata de um momento de interação de extremo significado para a díade mãe-bebê. Observa-se que, ao expressar seus sentimentos por meio da representação gráfica e verbal, R.P.F. consegue compensar o sofrimento e a tensão pelo relaxamento e o alívio (OLIVEIRA, 2006).

Confirma-se através do primeiro momento das três mães representativas deste estudo, que o parto prematuro tem como resultado um bebê pequeno e frágil, que provoca ansiedade e medo da perda (PADOVANI *et al.*, 2004; VALLE, 2002; GASPARETTO, 1998). Além disto, o fato de não poder interagir efetivamente com seu bebê, ou seja, de poder pegá-lo no colo, aconchegá-lo e embalá-lo caracteriza os primeiros contatos com o recém-nascido prematuro como uma experiência difícil e angustiante (SCOCHI *et al.*, 1999).

Observa-se uma diferença significativa no segundo momento das três mães em relação ao primeiro. No caso de R.M.G., ela se mostra mais solta, descontraída e comunicativa, o que evidencia a diminuição de seu nível de ansiedade. Por outro lado, pode-se ver como a imagem de um animal doméstico, no caso, um gato, que lhe é significativa, a faz evocar uma situação vivida, de forma contextualizada, incluindo pessoa de seu relacionamento amoroso. Além disso, verifica-se como ela se sente confiante o bastante no grupo para falar a respeito, o que deflagra, por sua vez, a abertura das demais mães. A queda da ansiedade abre espaço para a reconquista do bem-estar junto ao grupo. Nota-se, portanto, através da reação de R.M.G., que o brincar permite a utilização de símbolos significativos, oferecendo a ressignificação da realidade vivida, revelando minimização da ansiedade e melhor adaptação ao processo de hospitalização de seu bebê. A situação lúdica funciona como um estímulo cognitivo, favorecendo, principalmente, deslocamentos espaço-temporais e o trazer à tona o cotidiano, frente às mães para quem o tempo pára durante a internação do bebê (OLIVEIRA, 2005).

Assim também, verifica-se um dado novo e significativo no comportamento de E.S. em relação ao primeiro momento, pois revela um processo de abertura ao longo da internação de seu bebê, passando de um comportamento rebelde e de confronto para uma conduta companheira e adaptada

ao nascimento do bebê pré-termo e sua hospitalização. Concomitantemente, evidencia-se que a dificuldade inicial que E.S tinha de interagir também com as outras mães dos bebês internados melhora muito, chegando neste encontro, a acolher uma mãe nova no grupo e não se importar em não vencer o jogo. Entretanto, verifica-se que seu sentimento de insegurança se mantém, demonstrado por meio de seu comportamento de controle e comando do jogo.

Igualmente, quanto ao segundo momento da terceira mãe, nota-se diferença em relação ao primeiro momento, pois R.P.F. chega sorridente, com postura corporal mais flexível, cabeça erguida e participação ativa no encontro, o que mostra a minimização de seu nível de ansiedade. Ao mesmo tempo, verifica-se que a imagem de uma bebida, uma xícara de café, foi significativa a ponto de R.P.F. lembrar-se da gestação e dos cuidados ou não que teve consigo e com o feto neste período. Observa-se pela reação de R.P.F. neste dia, que o brincar possibilita a ressignificação do passado e a elaboração do presente, permitindo que emoções mais próximas do terreno da consciência explodam, abaixando sua ansiedade (OLIVEIRA, 1998b).

Denota-se através do segundo momento de cada mãe, que o lúdico proporciona uma elaboração progressiva da realidade vivida, assim como facilita o fortalecimento e a descoberta de ferramentas para enfrentamento de desafios. Na brincadeira, a espontaneidade e a criatividade se encontram, levando à descoberta e à invenção de novos caminhos, sempre através de um processo dinâmico e interativo, organizando, ao mesmo tempo, o corpo (OLIVEIRA, 2005).

Finalizando pelo terceiro momento avaliado de cada mãe, observa-se em R.M.G. que, após ter passado por um processo de alto nível de ansiedade, consegue lidar melhor com a realidade vivida, o que diminui sua ansiedade. A escolha de R.M.G. pelo quebra-cabeça com a figura de um menininho deitado na cama rodeado de bichinhos indica que ela já pode exercer a função materna de modo concreto, através não apenas da arrumação do quarto de seu bebê, mas também cantando música para fazê-lo dormir. Nota-se que desde os grupos anteriores R.M.G. mostra reações afetivas mais equilibradas e interação verbal mais efetiva com as outras mães.

Quanto à segunda mãe, embora se observe nos momentos anteriores uma abertura importante na interação, inicialmente com seu bebê e, posteriormente, com as outras mães dos bebês internados,

verifica-se neste momento final de E.S.que o desenho do céu estrelado com uma lua quarto crescente incompleta pode indicar um estilo de apego inseguro e ambivalente por seu bebê (VIZZIELLO *et al.*, 2001). A representação gráfica mostra sua defesa em relação ao sentimento de insegurança e impotência diante do desejo de um filho brilhante que não teve, ou seja, um bebê que nascesse e não precisasse de tantos cuidados especiais, bem como internação prolongada. Assim, ainda que tenha passado a permanecer na unidade neonatal por mais tempo, praticar o método canguru, aproximar-se das outras mães e diminuir seu nível de ansiedade, E.S. indica dificuldade no estabelecimento de um vínculo seguro com seu bebê.

Constata-se, por fim, através do terceiro momento de R.P.F. que consolida um movimento de estabilidade emocional diante do processo instável que vinha apresentando desde o nascimento de seu bebê. Não havia manifestado ansiedade logo após o parto, mas com a hospitalização do bebê, em uma semana sua ansiedade foi aumentando para níveis elevados, principalmente por poder amamentar seu bebê desde o início. Ao soltar os cabelos e passar a um comportamento totalmente espontâneo, sente-se forte e poderosa a ponto de vencer a competição e ser aceita pelas outras mães. O jogo com seu caráter criativo e inovador contribui com processo de adaptação e reequilíbrio de R.P.F. diante da realidade vivida (OLIVEIRA, 2006).

Nota-se, deste modo, neste estudo, que através da participação nos grupos de intervenções lúdicas, as mães conseguem um movimento de transformação da realidade, diminuem a ansiedade e atingem um bem-estar. O lúdico conjuga espontaneidade e criatividade, possibilitando a afirmação de si mesmo, a efetivação de interações afetivas, a aceitação das regras sociais e morais, além de contribuir para a manutenção e a preservação da saúde e da qualidade de vida (OLIVEIRA, 2005).

Trabalhos de intervenções lúdicas exclusivos junto a mães de recém-nascidos pré-termo não foram encontrados. As pesquisas localizadas enfatizam o lúdico associado ao lazer e não relatam um acompanhamento, como nos trabalhos de Scochi *et al.* (2004); Fonseca *et al.* (2002); e Scochi *et al.* (1999).

5. CONCLUSÃO

5 CONCLUSÃO

Com o avanço da medicina fetal, cresce dia a dia o número de recém-nascidos pré-termo que sobrevive. Neste sentido, notoriamente, há uma preocupação contínua com o atendimento destes bebês, constatando-se, freqüentemente, a importância de uma interação materna afetiva e efetiva em relação ao processo de desenvolvimento.

O andamento da pesquisa comprovou o alto nível de ansiedade das mães logo após o parto prematuro, o que justifica a importância deste trabalho para a saúde física, psíquica e social da mãe e sua interação com o bebê, o que interfere diretamente no processo de desenvolvimento ao longo do tempo, caracterizando-se assim, como uma ação psicoprofilática.

Ao mesmo tempo, observou-se uma evolução positiva dos aspectos psicofuncionais e das capacidades sensorial, perceptiva e motora do recém-nascido, que passou a ter uma comunicação intersubjetiva com sua mãe ao exercer também uma função ativa no processo de interação mãe-bebê.

Neste estudo não foram constatadas diferenças estatísticas significativas, comparadas a outras pesquisas, quanto ao nível de ansiedade materna gerado pelo nascimento de um recém-nascido pré-termo que permanece hospitalizado. Observou-se que, nestas condições, a mãe pode fechar-se em si e perder o interesse em interagir, o que leva a um comprometimento físico e psíquico. Notou-se que, ao participar de atividades lúdicas, ela agiliza seu corpo através de estratégias simbólicas – brincadeira, desenho, música, entre outras – refaz sua realidade e reorganiza o momento vivido. Neste sentido, averiguou-se que o lúdico pode ajudar a estruturar o corpo e a prevenir e recuperar a saúde.

Verificou-se que a intervenção lúdica grupal sugere uma estabilidade no nível de ansiedade materna ao longo da internação do recém-nascido, podendo ser considerada, desta forma, benefício para ambos, favorecendo a interação necessária para um desenvolvimento integral e saudável do bebê.

A opção pelos grupos lúdicos mostrou-se satisfatória, com acolhimento integral à mãe, além de criar condições de ela se expressar e manifestar seus sentimentos dentro de um ambiente prazeroso. Observou-se que as atividades de manifestações simbólicas desenvolvidas – verbais, plásticas e lúdicas – favoreceram a escolha de um momento para a mãe exteriorizar sua ansiedade perante a realidade vivida. Notou-se que, durante a atividade lúdica, são mobilizados conteúdos inconscientes, ricos para a reelaboração e ampliação da consciência, constatando-se, deste modo, que ao brincar, a mãe exteriorizou toda angústia e ansiedade do parto e do nascimento prematuros.

A proposta metodológica de introduzir a atividade lúdica grupal para as mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados no próprio ambiente hospitalar parece ter promovido a possibilidade da mãe também ver o hospital como um espaço de transformação e aprendizado da função materna.

O resultado deste estudo indica, portanto, que o trabalho lúdico contribui para proporcionar uma diminuição significativa no nível de ansiedade de mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados, uma vez que a mãe compensa o sofrimento e passa a interagir com seu bebê de maneira mais positiva e saudável. Esta evolução foi confirmada pela pesquisadora ao longo do estudo, pelo fato de trabalhar na unidade de neonatologia do hospital onde a pesquisa foi realizada.

O presente estudo confirmou a importância de se incluir em programas de intervenção à mãe de recém-nascido pré-termo um trabalho sistematizado em relação à ansiedade materna, minimizando os prejuízos causados por longo período de hospitalização e promovendo a saúde integral tanto da mãe quanto do bebê. Tais programas parecem atender, neste sentido, as medidas de humanização do atendimento perinatal, pré-natal e nascimento instituído pelo Ministério da Saúde em junho de 2000, contemplando uma atenção de qualidade, humana e individualizada às gestantes, aos recém-nascidos e às famílias.

Os dados mostram que a sistematização de uma intervenção lúdica pode caracterizar-se, além disso, como uma medida de prevenção, promoção e preservação da saúde física e psíquica da mãe e do recém-nascido prematuro, com repercussões na família e na sociedade.

Estes resultados indicam ainda, que novos estudos devem ser realizados, inclusive com a introdução de um grupo-controle, o que pode trazer novos e importantes dados para a intervenção em neonatologia.

Finalmente, constatou-se que este trabalho contribuiu de forma expressiva para uma melhor compreensão pessoal e profissional da pesquisadora em relação ao trabalho hospitalar junto às mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados, sendo que já possuía uma bagagem clínica importante, acrescentando-se, a partir deste estudo, um conhecimento profundo e detalhado acerca das particularidades físicas, psicológicas e sociais, além de necessidades especiais de cuidados técnicos às mães, aos bebês prematuros e suas famílias.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. B.; KOPELMAN, B. I. *Rotinas médicas*: disciplina de Pediatria Neonatal da Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Atheneu, 1995.

ALS, H. 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. In: SWEENEY, J. K. The high-risk neonate: development therapy perspectives. *Phys Occup The Pediatric*, v. 6, p. 3-55, 1986.

APGAR, V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Anesthesia et Analgesia,* v. 32, p. 260-267, 1953.

BARRADAS, J. et al. A relação entre posicionamento do prematuro no Método Mãe-Canguru e desenvolvimento neuropsicomotor precoce. *Jornal de Pediatria,* Rio de Janeiro, v. 82, n. 6, p. 475-480, 2006.

BARRATT, M. S.; ROACH, M. A.; LEAVITT, L. A. Early channels of mother-infant communication: preterm and term infants. *Journal Child Psychology Psychiatric,* v. 33. p. 1193-1204, 1992.

BATTAGLIA, F. C.; LUBCHENCO, L. O. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. *Journal of Pediatric,* v. 71, p. 159, 1967.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde. Ministério da Saúde/Projeto Minha Gente, 1991. 110 p.

_____. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso*: Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 196 p.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 475-476, 2004.

CAPLAN, G. *Princípios de psiquiatria preventiva.* Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CARVALHO, M.; GOMES, M. A. S. M. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p. 111-118, 2005.

CASANOVA, L. D.; VALLE, L. M. S.; SANTOS, W. A. Humanização das unidades neonatais. In: SEGRE, C. A. (Org.). *O RN*. São Paulo: S.P. Sarvier, 1995. p. 866-869.

FONSECA, L. M. M. et al. Jogo educativo para mães de bebês prematuros: a criatividade na educação em saúde. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8. 2002, Ribeirão Preto. *Anais...* Ribeirão Preto, 2002. p. 9.

FORTUNA, T. R. O Lugar de brincar. *Informativo da Associação Brasileira de Brinquedotecas,* São Paulo, n. 43, p. 3, mar. 2007.

FABRE-GRENET, M. Recontrer les bébés à risque hospitalisés et leurs parents: début d'un suivi en CAMPS dês l'hôpital. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture,* v. 16, n. 2, p. 81-82, mar., 2003.

GASPARETTO, S. *Desenvolvimento de um programa de intervenção para mães de bebês pré-termo*. 1998. 187 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1998.

GOMES, M. M. F. *As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTI neonatal:* construindo possibilidades de cuidado. 1999. 238 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 1999.

GOULART, A. L. Caracterização da população neonatal. In: KOPLEMAN, B. I. et al. *Diagnóstico e tratamento em neonatologia***.** São Paulo: Atheneu, 2004a. p. 3-12.

_____. Assistência ao recém-nascido pré-termo. In: KOPLEMAN, B. I. et al. *Diagnóstico e tratamento em neonatologia***.** São Paulo: Atheneu, 2004b. p. 17-23.

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Jornal de Pediatria,* Rio de Janeiro, v. 76, p. 421-428, 2000.

KLAUS, M. H.; KENNELL, J. H. Assistência aos pais. In: KLAUS, M. H.; FANAROFF, A. A. *Alto risco em neonatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 139-155.

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

KLIEGMAN, R. M. The high-risk infant. In: BERHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M; ARVIN, A. M. *Textbook of pediatric.* United States of America: W. B. Sauders Company, 1996.

KOPELMAN, B.; MIYOSHI, M.; GUINSBURG, R. *Distúrbios respiratórios no período neonatal.* São Paulo: Atheneu, 1998.

LEBOVICI, S. La transmission intergénérationnelle ou quelques considérations sur l'utilité de l`arbre de vie dans lês consultations thérapeutiques parents/bébé. In: DUGNAT, M. (Org.). *Troubles relationnels pèere-mère/bébé:* quels soins?. Ramonville St Agne: Érès, 1996. p.19-28.

LEBOVICI, S.; DIATKINE, R. *Significado e função do brinquedo na criança.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

LIPPI, U. G. Enfoque de risco, caracterização da gestação de alto risco, princípios gerais da assistência. In: SEGRE, C. M. A.; ARMELLINI, P. A.; MARINO, W. T. *O RN***.** São Paulo: Sarvier, 1995. p. 9-11.

LUBCHENCO, L. O. Determinação do peso e idade gestacional. In: GORDON, A. B. (Org). *Neonatologia, fisiopatologia e tratamento do recém-nascido.* Rio de Janeiro: Medsi, 1984.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério.* Petrópolis: Vozes, 1981.

_____. Psicossomática e obstetrícia. In: MELLO FILHO, J. et al. *Psicossomática Hoje.* Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992. p. 208-214.

MAZET, Ph.; DEJARDIN, D. A vida afetiva: chave do desenvolvimento. In: _____. *Santé et apprentissages*. Paris: [s.n.], 1994, p. 31-39.

MINNUCHIN, S. *Famílias:* funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

OLIVEIRA, V. B. *Rituais simbólicos no processo de auto-regulação.* 1998. 327 f. Tese (Livre Docência em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1998a.

_____. *O símbolo e o brinquedo*. Petrópolis: Vozes, 1998b.

_____. O brincar e a criança do nascimento aos seis anos. In: OLIVEIRA, V. B. (Org.). *O brincar e a criança do nascimento aos seis anos.* Petrópolis: Vozes, 2000. p.15-32.

___. *Jogos de regras e a resolução de problemas.* Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. *Rituais e brincadeiras.* Petrópolis: Vozes, 2006.

PADOVANI, F. H. P. et al. Anxiety and depression symptoms assessment in pré-term neonates' mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* São Paulo, v. 26, p. 251-254, 2004.

PIAGET, J. *Biologia e conhecimento*. Tradução de Francisco M. Guimarães. Rio de Janeiro: Vozes, 1973.

_____. *A formação do símbolo na criança.* Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. *A construção do real na criança.* Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

_____. *O nascimento da inteligência na criança.* Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

PINTO, E. B. Baby´s psychofunctional symptoms and parents/baby therapeutic consultations. *Estudos de Psicologia,* Natal, v. 9, n. 3, p. 451-457, 2004.

PINTO, E. B.; VILANOVA, L. C. P.; VIEIRA, R. M. *O desenvolvimento do comportamento da criança no primeiro anos de vida:* padronização de uma escala para a avaliação e o acompanhamento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

RAPAPPORT, C. R. (Org). *Temas do desenvolvimento:* conceitos fundamentais. São Paulo: EPU, 1981.

RUIZ, A. L. et al**.** Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Arch. argent. pediatr,* Buenos Aires, v. 103, p. 36-45, 2005.

SEGRE, C. A. M. RN pré-termo. In: SEGRE, C. A M.; ARMELLINI, P. A.; MARINO, W. T. *O RN.* São Paulo: S.P.Sarvier, 1995. p. 96-114.

SCOCHI, C. G. S. et al. Assistência aos pais de recém-nascidos pré-termo em unidades neonatais. *Revista Brasileira de Enfermagem,* Brasília, v. 52, n. 4, p. 495-503, 1999.

_____. Lazer para mães de bebês de risco hospitalizados: análise da experiência na perspectiva dessas mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem,* Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p.1-15, 2004.

USHER, R. H. The special problems of the premature infant. In: AVERY, G. B. *Neonatology:* pathophysiology and management of the newborn. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1981. p.230-261.

VALLE, L. M. S. *Fatores de alto risco e ansiedade em mães de recém nascido pré-termo.* 2002. 143 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2002.

VENANCIO, S. I.; ALMEIDA, H. Método Mãe-Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria,* Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 173-180, 2004.

VIZZIELLO, G. F.; REBECCA, L.; CALVO, V. Representaciones maternas, apego y desarrollo en la premadurez. *Mudanças*, São Bernardo do Campo, v. 9, p.136-165, 2001.

WILHEIM, J. *O que é psicologia pré-natal.* São Paulo: Brasiliense, 1992.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULOFACULDADE DE PSICOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fui informada da pesquisa que tem por objetivo **investigar a influência de intervenções lúdicas na diminuição do nível de ansiedade de mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados.** Para coleta de dados serão realizadas **entrevistas** e aplicação de **escalas psicológicas.** Este estudo tem caráter acadêmico e será realizado pela mestranda **Rosely Aparecida Prandi Perrone** e orientado pela **Profª. Dra. Vera Maria Barros de Oliveira** do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo. Declaro, ainda, ter compreendido que não sofrerei nenhum tipo de prejuízo de ordem psicológica ou física e que minha privacidade será preservada. Concordo que os dados sejam publicados para fins acadêmicos ou científicos, desde que seja mantido o sigilo sobre a minha participação. Estou também ciente de que poderei, a qualquer momento, comunicar minha desistência em participar do estudo.

Contato:

Universidade Metodista / Mestrado Psicologia: 4366-5351

Portanto, eu, _____, consinto em participar da pesquisa acadêmica que tem por objetivo: **investigar a influência de intervenções lúdicas na diminuição do nível de ansiedade de mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados.**

Santo André, _____ de _____ de 200___.

Assinatura do participante: _____

Documento de Identificação (RG): _____

Assinatura do pesquisador principal: _____

Assinatura do orientador da pesquisa: _____

ANEXO B – ESCALA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E IRRITABILIDADE - IDA

Escala de Ansiedade, Depressão e Irritabilidade – IDA

Este questionário serve para conhecer melhor como se sente atualmente. Leia cada frase com atenção e **sublinhe a resposta que mostra melhor como se sente agora, ou como tem se sentido nos últimos dois dias.**

POR FAVOR, NÃO ESQUEÇA DE PREENCHER TODAS AS QUESTÕES.

1. **Sinto-me animada:**

Sim, muito.

Sim, às vezes.

Não, não muito.

Não, nada.

2. **Estou sendo capaz de me sentar e relaxar facilmente:**

Sim, sempre.

Sim, às vezes.

Não, não muito.

Não de modo nenhum.

3. **O meu apetite nestes últimos dias é:**

Muito mau.

Razoável.

Bastante bom.

Muito bom.

4. **Nestes últimos dois dias tenho perdido a cabeça e zangado-me com os outros:**

Sim, muitas vezes.

Sim, às vezes.

Não, não muito.

Não, nunca.

5. Sinto-me tensa e com um nó na garganta:

Sim, muito.

Sim, às vezes.

Não, não muito.

Não, nada.

6. Nestes últimos dois dias tenho vontade de zangar-se comigo mesma:

Sim, muito.

Sim, às vezes.

Não, não muito.

Não, nada.

7. Nestes últimos dois dias tenho mantido meus interesses de costume:

Sim, a maioria.

Sim, alguns.

Não, não muitos.

Não, nenhum.

8. Estou tendo paciência com os outros:

Sim, sempre.

Sim, a maioria das vezes.

Algumas vezes.

Praticamente nunca.

9. Nestes últimos dois dias fico assustada ou em pânico sem razão:

Sim, muitas vezes.

Sim, às vezes.

Não, não muito.

Não, nada.

10. Nestes últimos dois dias tenho zangado-me comigo mesma, ou insultado-me:

Sim, muitas vezes.

Sim, às vezes.

Não, não muito.

Não, nunca.

11. Nestes últimos dois dias sou capaz de rir e de me divertir:

Sim, muitas vezes.

Sim, às vezes.

Não, não muito.

Não, nunca.

12. Nestes últimos dois dias sinto que sou capaz de me descontrolar e bater ou magoar alguém:

Ás vezes.

Ocasionalmente.

Raramente.

Nunca.

13. Tenho uma sensação desagradável de aperto no estômago:

Sim, muitas vezes.

Sim, às vezes.

Não muitas vezes.

Não, nunca.

14. Nestes últimos dois dias a idéia de me mal tratar a mim mesma ocorre-me:

Ás vezes.

Não muitas vezes.

Quase nunca.

Nunca.

15. Nestes últimos dois dias levanto-me antes da hora que realmente precisava levantar:

Sim, duas horas ou mais.

Sim, aproximadamente uma hora.

Sim, menos de uma hora.

Não, durmo até ter que me levantar.

16. Nestes últimos dois dias sinto que as pessoas irritam-se tanto que sou capaz de bater as portas ou quebrar alguma coisa:

Sim, frequentemente.

Sim, às vezes.

Só ocasionalmente.

Nunca.

17. Nestes últimos dois dias sou capaz de sair sozinha sem me sentir ansiosa:

Sim, sempre.

Sim, às vezes.

Não muitas vezes.

Nunca consigo.

18. Nestes últimos dois dias tenho me aborrecido comigo mesma:

Sim, muito.

Bastante.

Não muito.

Não, nada.

ANEXO C - INVENTÁRIO DE PERCEPÇÃO NEONATAL - IPN-I

Inventário de Percepção Neonatal - IPN-I

As seguintes questões referem-se à forma como imagina que a maioria dos bebês se comporta e como o seu bebê vai se comportar. Não existem respostas certas ou erradas.

Nas seguintes questões responda indicando com um círculo no número que melhor corresponde ao que pensa da maioria dos bebês e do seu bebê.

POR FAVOR, NÃO ESQUEÇA DE PREENCHER TODAS AS QUESTÕES.

1.1) Quanto você acha que a maioria dos bebês chora?

1 2 3 4 5

Nada Muito Pouco Moderado Bastante Muito

1.2) Quanto você acha que seu bebê vai chorar?

1 2 3 4 5

Nada Muito Pouco Moderado Bastante Muito

2.1) Que grau de dificuldade com alimentação você acha que a maioria dos bebês tem?

1 2 3 4 5

Nada Muito Pouco Moderado Bastante Muito

2.2) Que grau de dificuldade com a alimentação você acha que seu bebê terá?

1 2 3 4 5

Nada Muito Pouco Moderado Bastante Muito

3.1) Quanto você acha que a maioria dos bebês vomita?

1 2 3 4 5

Nada Muito Pouco Moderado Bastante Muito

3.2) Quanto você acha que seu bebê vai vomitar?

1 2 3 4 5

Nada Muito Pouco Moderado Bastante Muito

APÊNDICES

APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

ENTREVISTA DE PSICOLOGIA

Data da Entrevista _____
Nome _____Escolaridade_____
Data de Nascimento _____ Idade _____ Estado Civil _____
Endereço _____
Telefone _____
Data de Internação_____
Sentia desejo de ser mãe um dia?_____
Desejou esta gravidez?_____
Planejou esta gravidez? _____
Como se sentiu quando descobriu esta gravidez? _____
O pai do bebê desejava ter este filho? _____
Como ele reagiu quando soube da sua gravidez? _____
Ele é seu parceiro fixo? _____
Teve gestações anteriores? _____
Tem outros filhos? _____
Como pensa em realizar seu papel de mãe? _____
_____
Como é/era sua relação com sua mãe? _____
Você acha que sua mãe cuidou bem de você? Por que? _____
_____
Sua mãe brincava com você? De que?_____
_____
Você fez Pré-Natal? Aonde? Quantas consultas?_____
_____
Houve intercorrências nesta gestação? _____
Você sabia que seu bebê podia nascer antes do tempo? _____
Você faz/fez uso de cigarro? Durante a gravidez? _____
Você faz/fez uso de drogas? Durante a gravidez?_____
Você faz/fez uso de medicação? Durante o parto?_____
Tem antecedentes psi? _____
Tem antecedente neurológico?_____
Teve acompanhamento psicológico antes do parto? _____
Data do primeiro atendimento psicológico após a internação no HEMC _____
Quanto tempo você ficou internada antes do parto? _____
Qual a idade gestacional do bebê ao nascer? _____
Qual a data de nascimento do bebê? _____
Qual o peso do bebê ao nascer? _____
Qual tipo de parto você teve? _____
Como foi seu parto? _____
Teve contato com o bebê logo ao nascer? _____

Ele mamou ao nascer? _____
Seu bebê ficou aonde após nascer? _____
Quando você amamentou pela primeira vez? _____
Qual seu sentimento no primeiro dia após o parto? _____
Qual seu sentimento em relação ao bebê no primeiro dia após o parto? _____
Qual sua principal dificuldade nas primeiras 48 horas após o parto_____
_____
Qual seu sentimento no terceiro dia após o parto? _____
Qual seu sentimento em relação ao bebê no terceiro dia após o parto? _____
Qual seu sentimento uma semana após o parto? _____
Qual seu sentimento em relação ao bebê uma semana após o parto? _____
Qual sua principal dificuldade uma semana após o parto_____
Após quanto tempo após o parto você passou a ficar com seu bebê no hospital? Por que? __
_____
Quantas horas você fica com seu bebê no hospital? _____
Qual sua principal dificuldade duas semanas após o parto? _____
Qual sua principal dificuldade um mês após o parto_____
Qual seu sentimento um mês após o parto? ____ _____
Qual seu sentimento em relação ao bebê um mês após o parto? _____
Quanto tempo após o parto você começou a fazer canguru com seu bebê? _____
Quantos minutos por dia? _____
Quanto tempo seu bebê ficou na UTI Neo? _____
Quanto tempo após o parto seu bebê foi para o Berçário de Médio Risco? _____
Quanto tempo após o parto você passou a ficar 24 horas por dia no hospital? _____
Você participa/participou do Grupo MBI? Quantas vezes? _____
Como se sentiu quando soube da possibilidade de alta hospitalar? _____
Idade do bebê no dia 30 do mês em que nasceu _____
Idade do bebê no dia 30 do primeiro mês após nascer _____
Idade do bebê no dia 30 do segundo mês após nascer _____
Idade do bebê no dia 30 do terceiro mês após nascer_____
Idade do bebê no dia 30 do quarto mês após nascer _____
Idade do bebê no dia 30 do quinto mês após nascer_____
Idade do bebê no dia 30 do sexto mês após nascer_____
Tempo total de hospitalização _____
Data da alta hospitalar _____

APÊNDICE B - DESENHO DE R. M. G.

Desenho de R. M. G.

APÊNDICE C - DESENHO DE E. S.

Desenho de E. S.

APÊNDICE D - DESENHO DE R. P. F.

Desenho de R. P. F.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo