

ANDRÉA TENÓRIO DINIZ GONÇALVES

**EVOLUÇÃO DOS PADRÕES DE INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ EM CRIANÇAS PRÉ-
TERMO NOS SEIS PRIMEIROS MESES DE VIDA APÓS A ALTA HOSPITALAR:
OS PRECURSORES DO APEGO**

SALVADOR-BAHIA

2004

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANDRÉA TENÓRIO DINIZ GONÇALVES

**EVOLUÇÃO DOS PADRÕES DE INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ EM CRIANÇAS PRÉ-TERMO NOS SEIS PRIMEIROS MESES DE VIDA APÓS A ALTA HOSPITALAR:
OS PRECURSORES DO APEGO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Área de concentração: Psicologia do Desenvolvimento

Orientador: Profa. Dra. Eulina da Rocha Lordelo

Salvador

2004

EVOLUÇÃO DOS PADRÕES DE INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ EM CRIANÇAS PRÉ-TERMO NOS SEIS PRIMEIROS MESES DE VIDA APÓS A ALTA HOSPITALAR: OS PRECURSORES DO APEGO

ANDRÉA TENÓRIO DINIZ GONÇALVES

BANCA EXAMINADORA

(Profa. Dra. Lícia Maria Moreira)

(Profa. Dra. Andréa Fernandes Hortelho)

(Profa. Dra. Eulina Lordelo)

Dissertação defendida e aprovada em: ___/___/_____

A minha mãe Maria Lia, com amor e saudades, por ter se dedicado com esmero e paixão a minha maternagem calorosa e cuidadosa e por ter compartilhado comigo, inesquecivelmente, a maternagem de Júlia, com a paixão desvairada que só as avós podem ter; e por ter tido a cumplicidade, quando mulheres, de reconhecer e valorizar o estilo pessoal que pude construir diante das minhas limitações, sem responsabilizar-se por elas como uma falta, mas como um produto. A você Lia, minha primeira leitora, sempre, de tudo o que possa pensar a respeito da maternidade!

A meu pai, querido e admirado, cujo olhar suposto ainda me sustenta, dedico essa modesta produção, certamente incentivada, como toda produção intelectual que possa realizar, pelo seu exemplar interesse pelos estudos e sua justeza e sensibilidade diante da verdade, tendo sempre a sabedoria em não fixá-la na realidade, senão na poesia ou na fugacidade dos sentimentos.

Aos meus filhos, Júlia e Rafael, pela oportunidade amorosa da experiência feliz da maternidade, pelo incentivo e compreensão que, ingenuamente, vocês me oferecem em tudo o que realizo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço com o carinho de uma amizade a minha querida orientadora, Eulina Lordelo, por ter tido a sabedoria de suportar os momentos difíceis que a alma humana está sujeita a experimentar, mesmo no inconveniente período de elaboração de uma dissertação de mestrado, tendo humanizado esse processo, na medida das nossas possibilidades e, com isso, proporcionado um laço afetivo no prazer da nossa parceria. Desejo a você, Eulina, que o pós-doutorado na Noruega, seja antes de tudo uma viagem, aquecida por novos e antigos laços!

Agradeço ao grupo de neonatologistas do Neocentro e a todos os profissionais que compartilharam comigo o trabalho de cuidados aos bebês internados e a sua família, pela inspiração e desejo de poder contribuir nessa área de atuação.

Agradeço, especialmente à Sueli Ribeiro, neonatologista desse grupo, pelas contribuições para essa dissertação e por ter encantado minha experiência profissional com a sua sensibilidade diante do sofrimento humano, dos pacientes, seus familiares e colegas de trabalho. Esse reconhecimento não pode deixar de ser extenso a tantos outros profissionais dessa equipe, à querida, também neonatologista, Ana Sueli Vieira, pelas trocas em torno do estudo da psicologia, a minha querida pediatra Irene Teixeira, pela seriedade e cuidado com que se dedica aos cuidados neonatais, e aos demais médicos dessa equipe, todos particularmente especiais e dedicados; a alegre Isabela Amaral, tão sensível a dor do semelhante, Dr. Lúcio ... Não devo citar cada um, porém não posso deixar de referir-me a equipe de enfermagem pelo colo caloroso e pessoalmente oneroso que oferecem aos bebês e suas famílias e às auxiliares de enfermagem que são corajosamente maternantes desses bebês hospitalizados.

Agradeço a coordenadora desse serviço pelo exemplo de ética no desempenho profissional, pela oportunidade de convivência com um estilo reconhecidamente de maestria e pela oportunidade de ter feito parte dessa equipe sensível às delicadezas humanas e, sobretudo, por termos compartilhado a realização de um trabalho.

Agradeço muito aos bebês que participaram desse estudo e aos seus pais pela generosidade com que abriram suas portas num momento particularmente delicado das suas vidas.

"Mãe, Outro inigualável, imemorável, porque inesquecível."

Sigmund Freud, 1905.

SUMÁRIO

Resumo	x
<i>Abstract</i>	<i>xii</i>
1. Introdução	13
1.1 Justificativa e caracterização do tema	13
1.2 Delimitação do problema	15
1.3 Fundamentação teórica	19
1.4 Revisão de literatura	37
2. Método	59
2.1 Delineamento	59
2.2 Participantes	59
2.3 Procedimentos	59
2.4 Coleta de dados	60
2.5 Tratamento dos dados	62
2.6 Categorias de análise	63
2.7 Análise dos dados	67
3. Resultados	68
4. Discussão e Conclusões	124
5. Referências Bibliográfica	144

LISTA DE FIGURAS

Figura nº	Página
1. Freqüências das categorias de Comportamentos Materno na díade Ivony-Ítalo.	71
2. Freqüências das categorias de Estados do bebê na díade Ivony-Ítalo.	72
3. Freqüências das categorias de Comportamentos Maternos na díade Marinete - Mariana.	78
4. Freqüências das categorias de Estados do bebê na díade Marinete-Mariana.	79
6. Freqüências das categorias de Comportamentos Maternos na díade Ana Cristina-Ana Luiza.	86
7. Freqüências das categorias de Estados do bebê na díade Ana Cristina - Ana Luiza.	88
8. Freqüências das categorias de Comportamentos Maternos na díade Paula – Lara.	93
9. Freqüências das categorias de Estados do bebê na díade Paula – Lara.	94
10. Freqüências das categorias de Comportamentos Maternos na díade Niciana e Carlos.	102
11. Freqüências das categorias de Estados do bebê na díade Niciana-Carlos.	103
12. Freqüências das categorias de Comportamentos Maternos na díade Júlia – Vitória.	108
13. Freqüências das categorias de Estados do bebê na díade Júlia-Vitório.	110
14. Freqüência da categoria <i>Sem contato</i> por condição de nascimento.	119
15. Freqüência da categoria <i>Contato de rotina</i> por condição de nascimento	120
16. Freqüência da categoria <i>Contato envolvido</i> por condição de nascimento	120
17. Freqüência da categoria <i>Contato ocular</i> por condição de nascimento.	121

18. Frequência da categoria <i>Choro</i> por condição de nascimento.	121
19. Frequência da categoria <i>Alerta com vocalização</i> por condição de nascimento.	122
20. Frequência da categoria <i>Alerta sem vocalização</i> por condição de nascimento.	122
21. Frequência da categoria <i>Sono</i> por condição de nascimento.	123

LISTA DE TABELAS

Tabela nº	Página
1. Tempo em casa, idade cronológica e idade corrigida dos participantes	69

RESUMO

Fundamentado na teoria do apego de John Bowlby, e na teoria psicanalítica, o presente estudo se propôs a observar os padrões de interação mãe-bebê em crianças a termo e pré-termo com peso ao nascimento entre 1200 e 1500 kgs., verificando possíveis diferenças nas características da interação mãe-bebê dessas crianças e de crianças a termo, tendo como principal interesse a influência desses padrões de interação sobre o desenvolvimento do processo de apego. Foi um estudo longitudinal no qual, aproximadamente uma semana após a alta hospitalar, foram realizadas onze observações filmadas de seis díades em situações de banho e de alimentação durante os seis primeiros meses após a alta hospitalar das crianças. Os resultados indicam que, comparando-se os dois grupos – díades compostas por bebês a termo e díades compostas por bebês prematuros – no que se refere aos *Comportamentos Maternos*, a categoria *Sem Contato* foi mais freqüente entre os bebês prematuros do que entre os bebês a termo; o comportamento *Contato de Rotina* apresentou a freqüência mais elevada no grupo de bebês prematuros; o *Contato Envolvido* foi mais freqüente entre os bebês a termo e o *Contato Ocular* teve a freqüência um pouco maior no grupo a termo. Quanto aos comportamentos da dimensão *Estados do Bebê*, verificamos que os bebês a termo choravam mais que os bebês pré-termo; o estado *Alerta com Vocalização* foi mais freqüente entre os bebês a termo; o estado *Alerta Sem Vocalização* teve a freqüência ligeiramente maior entre os bebês prematuros e as freqüências do estado de sono foram muito mais elevadas entre os prematuros. Portanto, os resultados demonstram que existe uma pequena diferença no estilo das interações mães-bebês das díades compostas por bebês prematuros, que se apresentam menos ativos e, provavelmente como uma consequência, têm mães menos sensíveis quando comparadas com as díades compostas por bebês nascidos a termo; além disso, as preocupações adicionais em torno da saúde dos bebês parecem exercer algum efeito sobre a qualidade das interações iniciais. No entanto, após o primeiro mês em casa, essas diferenças entre os dois grupos começaram a se atenuar e foi observado nas últimas sessões de filmagem uma tendência no sentido da

equiparação dos dois grupos, tanto dos comportamentos maternos, quanto dos estados dos bebês, assim como da possibilidade da realização adequada da função materna. Concluímos que alguns fatores são relevantes para o entendimento do comportamento materno e seus efeitos sobre a qualidade da interação mãe-bebê, como é o caso da personalidade materna, a forma como cada mulher experimentou sua relação com a maternidade na relação com suas próprias mães e fatores referentes ao contexto familiar, incluindo aí a presença ou não de redes sociais de apoio e da relação conjugal positiva.

Palavras-chave: pré-termo; a termo; comportamentos maternos; estados do bebê; qualidade da interação mãe-bebê.

ABSTRACT

Based on Bowlby's attachment theory and psychoanalytic theory, this study had as purpose to investigate the interaction patterns of mother-baby among term and pre-term children, weighting from 1200 to 1500 g. The study aimed to verify possible differences on characteristics of mother-infant interactions, because of the interest on the influence of these patterns on development of the attachment system. It was a longitudinal study at wich, beginning a week after living the hospital, we filmed eleven observation sessions of six mother-baby dyads, half pre-term infants, during feed and bath settings, for the first six months. The results about maternal behaviors indicated that, comparing the two groups – term and pre-term dyads – *No Contact* and *Routine Contact* categories were more frequent among pre-term infants, while *Involved Contact* and *Eye Contact* were more frequent among term infants. About behaviors related to States of the infant, we found that term infants were superior on crying and awake with vocalization, while pre-term babies were superior on Sleep and Awake with out vocalization. Therefore, the results show a small difference on the mother-baby interaction patterns. The pre-term babies were less active and, probably as a consequence, had less sensitive mothers, in comparison with term dyads. Besides, the additional concerns about the healthy of the babies seem to exert some effect on the quality of the early interactions. However, after the first month at home, these differences between the two groups start to reduce and, about six months at home, there was a trend to equalization of the groups. This match seems to involve both mother and baby and the maternal function. We conclude that some factors are relevant to understand the maternal behavior and its effects on the quality of the mother-infant interaction, as the maternal personality, the way as each mother experienced the maternity relation with her own mother, as well other factors relative to her familiar context, including supportive social nets and a positive conjugal relationship.

Key-words: pre-term infants; term infants; maternal behavior; infants states; quality of mother-infant interaction.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa e caracterização do tema

Freud (1905) propõe a pulsão epistemológica como o que nos move em direção ao conhecimento e localiza nas questões infantis sobre sexualidade e morte (*de onde vêm os bebês*), a gênese da curiosidade humana.

Nossa experiência profissional, junto a bebês recém-chegados ao mundo, ainda envoltos no clima enigmático sobre a origem e destino humanos, nos tem provocado questões referentes aos efeitos dessas primeiras relações entre o bebê e seu cuidador primordial, sobre seu destino, seu futuro desenvolvimento.

Nosso trabalho enquanto psicóloga em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (U.T.I-Neonatal) nos tem levado a questionar a existência de especificidades na interação mães-bebês provocadas, não apenas pela hospitalização, mas, sobretudo, pela prematuridade desses recém-nascidos internados.

Os recém-nascidos de muito baixo peso (inferior a 1500g) habitualmente permanecem por longo tempo internados. Em sua maioria são filhos de gestações problemáticas (40% das vezes associada à hipertensão materna), muitas vezes com longo tempo de restrição ao leite e uso de drogas. Os bebês permanecem em média 60 a 90 dias internados, e sofrem diversas intercorrências, com grande custo emocional para suas famílias (Lucena, Lima & Marino, 1993).

Na nossa prática, observamos ser freqüente o desmaio de mães durante a primeira visita dos seus filhos numa UTI-Neonatal, diante do bebê entubado, cercado de aparelhos, com veias pulsionadas e sondas. Elas não suportam tal visão e se retiram da cena, sentindo-se incompetentes em maternar aquele *bebê medicalizado*, que muitas vezes não reconhecem como o seu *bebê idealizado* durante a gestação.

Além das condições que envolvem a hospitalização em Terapia Intensiva, esses bebês, precocemente expostos às interações com o meio, por encontrarem-se especialmente imaturos, tanto neurologicamente, quanto fisiologicamente, estão particularmente submetidos à sobrestimulação sensorial, por um lado e, por outro lado, a uma subestimulação, na medida em que permanecem isolados em incubadoras e com restrições de movimentos e de contato físico com os pais. Dessa forma, com importantes restrições nas interações iniciais mãe-bebê, como, por exemplo, o impedimento da ida do bebê ao colo materno, a capacidade de reconhecimento do bebê por parte da mãe é reduzida ou suprimida, e, assim, o processo de identificação das mães aos seus bebês fica prejudicado, podendo colocar em risco a qualidade da interação e o desenvolvimento do comportamento de apego.

Muitas vezes, mesmo diante de todas essas restrições, os pais desses bebês buscam adaptar-se às condições impostas pela prematuridade e pela hospitalização dos seus filhos, o que observamos, por exemplo, na tendência que apresentam a fazer contato olho a olho, sendo também, como acontece com os pais de bebês nascidos a termo e não hospitalizados, de 20 a 25 cm aproximadamente a distância usada pelos pais ao olharem seus bebês dentro da incubadora, numa posição que busca freqüentemente o contato face a face.

Em situações menos favoráveis, as dificuldades nas interações precoces podem gerar graves conseqüências. Existem alguns estudos demonstrando que entre estas crianças há grande número de casos de reinternamento por maltratos por parte de seus pais, além de ganho ponderal lento e maior suscetibilidade a infecções (Klaus & Kennel, 1992). Mesmo em situações mais favoráveis, essas crianças, após a alta hospitalar, apresentam maior dificuldade para se alimentar, necessitam cuidados especiais como acompanhamento de fisioterapia, várias consultas médicas de seguimento e em geral têm maior número de reinternamentos no primeiro ano de vida (Landry, Chapieski, Richardson, Palmer & Hall, 1990)

O desenvolvimento dessa atividade como psicóloga em U.T.I-Neonatal nos tem instigado a estudar os efeitos do internamento prolongado em terapia intensiva neonatal sobre o desenvolvimento do vínculo de apego mãe-bebê e suas conseqüências sobre o desenvolvimento infantil. Foi sob essa perspectiva que o interesse no tema nos levou a desenvolver um estudo preliminar sobre a percepção dos pais acerca do internamento dos seus filhos em uma UTI-Neonatal de um hospital de referência da cidade de Salvador – Bahia (Diniz & Góes, 1999), como também a

contribuir com algumas considerações sobre os aspectos psicológicos envolvidos no *método mãe-canguru* para o Manual de Atenção ao Recém-nascido do Programa de Apoio à Implementação do Sistema Estadual de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Risco – Bahia (Diniz, 2000).

Essas questões vêm sendo provocadas, não apenas por nossa experiência profissional, mas, sobretudo, pelo confronto desta com o que tem sido demonstrado pela literatura.

Temos observado, e alguns estudos demonstram, que os bebês que recebem a atenção dos pais durante a internação sempre evoluem melhor, com menos complicações, do que os bebês negligenciados desde a fase mais precoce da internação (Gottfried, 1993).

Além deste acompanhamento imediato ao bebê internado em unidade de tratamento intensivo-neonatal e aos seus pais, acompanhamos depois, em consultório particular, algumas destas crianças, levadas pelos pais (mais freqüentemente pela mãe) com a queixa de *atraso no desenvolvimento*. O que observamos, na maioria das vezes, são dificuldades na interação da díade: crianças apáticas ou *sem limite* (não obedecem às solicitações de suas mães); pobreza na comunicação; depressão na díade; culpabilidade na mãe e afastamento do casal.

Por outro lado, a literatura tem demonstrado o quanto as especificidades do desenvolvimento de um bebê prematuro contribuem para dificultar a interação com os pais. Se a capacidade de resposta do recém-nascido está prejudicada ou impedida, a mãe se sente frustrada em suas expectativas e, assim, tanto o apego inicial, quanto sua relação futura com o bebê são colocados em risco (Brown & Bakeman, 1980; DiVitto & Goldberg, 1979; Field, 1977; Kilbride, Johnson, & Stressguth, 1977; Wendland-Carro & Piccinini, 1995).

Portanto, nossa experiência profissional, por um lado, e a literatura especializada, por outro lado, nos tem levado a questionar a existência de padrões de interação mães-bebês prematuros que justificariam as especificidades do desenvolvimento futuro do vínculo de apego entre as mães e seus bebês prematuros.

Dessa forma, acreditamos que o estudo das características da interação mãe-bebê prematuro e suas conseqüências sobre o desenvolvimento do vínculo de apego mãe-bebê tem grande relevância social uma vez que poderá contribuir para o levantamento de fatores de risco na assistência neonatal e os conseqüentes fatores de proteção à

infância, bem como, delinear estratégias de intervenção para a promoção do desenvolvimento.

1.2 Delimitação do problema

Os avanços da medicina e da tecnologia nas últimas décadas têm proporcionado a sobrevida de recém-nascidos com peso e idade gestacional cada vez mais baixos (Silva, 1995). No entanto, sabemos que essa batalha travada contra a mortalidade tem como produto iatrogênico a morbidade em diversas manifestações, desde as deficiências físicas e mentais, até distúrbios do comportamento e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil.

Muitas evidências na literatura indicam que, dentre os fatores de risco biológico, a idade gestacional e o peso ao nascimento representam fatores preditivos importantes no prognóstico do desenvolvimento infantil (Mancini, Megale, Brandão, Melo & Sampaio, 2004) e que as maiores taxas de deficiência no desenvolvimento infantil são observadas nas menores faixas de peso e idade gestacional, correlacionando-se com a incidência de complicações no período neonatal (Oliveira, Lima e Gonçalves, 2003).

Lubchenco (1984) adota a seguinte classificação dos recém-nascidos em relação a variável peso ao nascimento: *recém-nascido muito baixo peso* (< 1500 g), *recém-nascido baixo peso* (< 2.500 g) e *recém-nascido com peso acima de 2.500 g*. Com relação à idade gestacional esse autor adota a classificação descrita a seguir: *nascimento pré-termo* (até a 37ª semana de gestação), *nascimento a termo* (entre a 38ª e a 42ª semana de gestação) e *nascimento pós-termo* (após a 42ª semana de gestação).

O grupo de recém-nascidos pré-termo e muito baixo peso (< 1.500 g. e menos de 37 semanas gestacionais) tem sido alvo de grande interesse e preocupação entre pesquisadores e profissionais da área de saúde, por ser considerado um grupo de alto risco para desenvolver complicações neonatais e problemas no desenvolvimento infantil (Carvalho, Linhares & Martinhez, 2001).

Berezkei (2000), ao comparar a mortalidade e a morbidade de crianças nascidas com baixo peso e crianças nascidas com peso normal, encontrou que, ao final da idade de seis anos, a mortalidade de crianças nascidas com baixo peso foi mais de três vezes maior do que a de crianças sem déficit de peso ao nascimento. A morbidade mostrou o

mesmo padrão: no final do primeiro ano essas crianças apresentaram-se três vezes mais propensas do que àquelas nascidas com peso normal a ter doenças de diferentes níveis de severidade, como paralisia cerebral, déficit auditivo e visual, epilepsia, síndrome de desconforto respiratório, hemorragia cerebral, retardo mental e dificuldade de aprendizagem. Quanto menor foi o peso ao nascimento, maiores o risco que as crianças sofriam; no grupo de crianças com peso menor que 1500 gramas, a proporção com uma ou mais anomalias congênitas foi de 32,45%, comparada com 16,31% para crianças nascidas com mais de 1500 gramas. Nessa direção, em um estudo realizado em 1995, na Universidade de Manitoba, no Canadá, observou-se que a administração de surfactante exógeno para recém-nascidos prematuros diminuiu a mortalidade, porém não a morbidade, no que se referia a qualidade de vida dessas crianças (Casiro, Bingham, Macmurray, Whitfield, Saigal, Vincer & Longor, 1995).

Em geral, o cuidado intensivo promovido por mães e centros médicos pode melhorar substancialmente o estado de saúde dos bebês nascidos com baixo peso; porém, alguns estudiosos consideram que a prematuridade e as doenças correlatas podem ser um potente fator de risco sobre o qual os pais podem fazer pouco para proteger seus filhos. Seu alto investimento de tempo e energia não aumenta a probabilidade de sobrevivência dos seus filhos (Borgerhoff & Mulder, 1992). Também Pennington & Harpending (1988) acreditam que existem fontes de mortalidade e de morbidade que independem dos cuidados dos pais, as quais a criança está exposta mesmo que haja o aumento dos cuidados dos pais.

A qualidade de vida de prematuros nascidos com peso inferior a 1500 gramas tem sido avaliada em vários estudos recentes, no que se refere à cognição, atenção, e função neuropsicomotora (Chaudhari, Bhalerao, Chitale, Pandit & Nene, 1999; Magnificat, Dazard, Langué, Danjou, Bauche, Bovet, Cubells, Luchelli, Tockert, & Conway, 2000). Disfunções cognitivas em crianças com baixo peso ao nascimento, medidas na idade de seis anos, foram relacionadas recentemente a desvantagens biomédicas, mais do que aos fatores sociais (Koller & Lawson, 1999; McCarton, Wallace, Divos & Vaughan, 1996). O prejuízo cognitivo pode ser atribuído à alta incidência de anomalias neurológicas que são aptas a limitar a variabilidade no desenvolvimento com o tempo, o que, ao seu turno, limitaria o impacto dos fatores ambientais em crianças de alto risco (Ross, Lipper & Auld, 1985).

O peso ao nascimento, o número de dias sob assistência ventilatória e o número de dias na unidade de terapia intensiva neonatal foram examinados por DeMaio (1994),

estudando algumas crianças na idade escolar. Essas crianças apresentaram alterações estatisticamente significantes quando comparadas a um grupo controle no que se referia às funções neuropsicomotoras.

Para as crianças nascidas com menos de 1500 g, os fatores de riscos médicos neonatais, como prematuridade, peso ao nascimento, doença neonatal e o padrão de retardo de crescimento intra-uterino estiveram significativamente associados com dificuldades desenvolvimentais em alguns traços físicos e mentais entre a idade de três e seis anos e foram não menos preditivos que as variáveis sócio-demográficas (Korner et al., 1993).

Portanto, muitos estudos têm demonstrado que recém-nascidos doentes são menos responsivos às forças do meio e são resistentes aos esforços maternos e ao tratamento médico (Bendersky & Lewis, 1994; Brooks-Gunn, Liaw & Klebanov, 1992).

Por outro lado, alguns estudos têm indicado que o desenvolvimento de crianças nascidas com baixo peso está vinculado ao suporte que estas recebem do meio familiar e mesmo nos casos onde há danos neurológicos, o curso do desenvolvimento é influenciado pelas interações entre a criança e o ambiente (Sameroff & Chandler, 1975).

Assim, outros resultados têm revelado que as crianças nascidas pré-termo e baixo peso apresentam dificuldades maiores na área comportamental que na área cognitiva, como, por exemplo, o estudo de Bordin, Linhares & Jorge (2001) que os levou a concluir que a condição de baixo peso e prematuridade não deve ser considerada de maneira isolada para a compreensão do impacto sobre o desenvolvimento infantil.

Estamos agora em uma posição de preocupação acerca da qualidade de vida e do clima emocional em torno do bebê, depois da sua sobrevivência. Na atualidade, o médico neonatologista tem focalizado seu interesse, cada vez mais, sobre os aspectos psíquicos do recém-nascido e do seu grupo familiar, ao mesmo tempo em que vem sendo cada vez mais freqüente a inserção do psicólogo nas equipes multidisciplinares em Neonatologia (Gonzalez, Dinerstein, Boccacio, Ascurra, & Larguia, 1996).

Atentos a essas preocupações é que gostaríamos de investigar a existência de possíveis especificidades da qualidade da interação mãe-bebê prematuro e seus efeitos sobre o futuro desenvolvimento do apego, já que o apego tem sido considerado como crucial para a sobrevivência e desenvolvimento do bebê. Pelo fato de, na espécie humana, o bebê ser bastante dependente da sua mãe ou de um *cuidador primordial*

para satisfazer todas as suas necessidades físicas e emocionais, a força e a durabilidade do apego podem perfeitamente determinar se ele irá ou não sobreviver e desenvolver-se favoravelmente (Klaus & Kennel, 1992; Brazelton, 1988; Brazelton & Cramer, 1992).

Porém, o alcance da nossa investigação não inclui todo o longo e complexo processo de desenvolvimento do vínculo de apego. Assim, os efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento do apego só serão tratados indiretamente, através da investigação da existência de padrões de interação mãe-bebê, decorrentes da prematuridade, e através da relação entre a qualidade da interação mãe-bebê e o desenvolvimento do apego.

1.3 Fundamentação teórica

O presente estudo foi fundamentado na teoria do apego de Bowlby e na teoria psicanalítica. Como essas duas teorias apresentam pontos de divergência, se faz essencial uma breve apresentação de algumas das principais diferenças teóricas e mesmo epistemológicas entre a teoria do apego de Bowlby e a teoria psicanalítica de Freud, assim como a solução por nós proposta para a utilização de ambas as concepções teóricas. E ainda, como a teoria psicanalítica freudiana recebeu importantes contribuições da psicanálise lacaniana e conceitos mais diretamente ligados a essa última abordagem foram utilizados na análise dos dados do presente estudo, se faz necessário também que situemos, sucintamente, na teoria lacaniana os conceitos aqui utilizados.

Bowlby e Freud: seus diferentes percursos

A teoria do apego foi formulada por John Bowlby na década de 1950, a partir dos seus estudos a respeito dos efeitos da separação ou perda da figura materna sobre o

desenvolvimento infantil, questão que o levou a buscar uma compreensão da natureza do vínculo que liga a criança a sua mãe.

A princípio, Bowlby apóia sua teoria do apego na teoria psicanalítica, especialmente nos estudos freudianos sobre as relações de objeto, já que Freud entende que toda relação objetual seria decorrente da matriz estabelecida pelas interações precoces mãe-bebê, onde a escolha *anaclítica* de objeto seria baseada na ligação a protótipos infantis (Freud, 1905).

Além disso, Bowlby estabelece que a sua teoria do trauma é uma variação da teoria freudiana. Ele entende a teoria freudiana do trauma como sendo efeito da interação entre a constituição do indivíduo e o evento em si que provoca um nível de excitação superior ao que a personalidade pode absorver e identifica nessa concepção de trauma as bases para sua própria concepção do que seja uma experiência traumática e, conseqüentemente, patogênica, e propõe que a experiência de separação da criança da sua mãe seja uma experiência necessariamente traumática, especialmente quando a criança é levada para um lugar estranho, com pessoas estranhas (Bowlby, 1984).

Porém, a busca de fundamentação teórica por parte de Bowlby na teoria psicanalítica não se mostrou consistente e ele próprio apontou os pontos que o afastaram da teoria psicanalítica. Dentre eles o fato de os conceitos psicanalíticos sobre os primeiros anos de vida serem elaborados através de um processo de reconstituição histórica, baseado em dados obtidos na vida adulta dos pacientes submetidos à psicanálise, ou mesmo quando esses dados são provindos da análise de crianças, já que são sempre inferências de uma fase da vida que já passou. Portanto, segundo Bowlby, enquanto a psicanálise parte da patologia numa busca retrospectiva da psicogênese (o que Bowlby denominou de método histórico), na sua prática ele propõe o contrário, ou seja, partir da patologia ou mesmo antes da sua instauração, partindo da experiência que se supõe traumática e, portanto, patogênica, e trabalhar prospectivamente no sentido da averiguação do efeito patogênico da experiência significada como traumática, método que ele identifica como o método das ciências naturais (Bowlby, 1984).

Esse modelo de Bowlby está apoiado no modelo médico, especialmente da medicina fisiológica, que propõe o estudo de determinada patologia através da observação dos efeitos da exposição de um organismo saudável ao agente patogênico (Bowlby, 1984).

Já o modelo freudiano inaugura uma nova posição epistemológica e, conseqüentemente, uma nova ética no que se refere ao conceito de

normalidade/patologia. Epistemologicamente, a concepção freudiana propõe a noção de realidade psíquica em contraposição à realidade factual, o que coloca em cheque, não apenas a concepção de verdade, como também o próprio conceito de trauma como existindo a priori, e de maneira universalista, independente da historicidade do sujeito em questão.

Freud, no desenvolvimento da sua teoria, partiu inicialmente da suposição da existência real de uma cena traumática na origem da patologia dos seus pacientes. Porém, ao longo do seu desenvolvimento teórico, sempre respaldado pelos seus achados clínicos, Freud reformulou sua concepção de trauma, não mais considerando a existência de um evento traumático em si mesmo, mas condicionando essa patogenia às possibilidades de significação do sujeito que, só a posteriori, a partir de toda uma rede de experiências significantes, poderia ou não significar a *primeira experiência*, aquela tomada antes como necessariamente patogênica, como traumática. O conceito freudiano de trauma passa, então, a associar-se ao construto teórico de uma realidade psíquica, portanto absolutamente determinada pela singularidade do sujeito em questão e, ainda, a noção de evento traumático para Freud passa a ser vista como, justamente, uma experiência que foge às possibilidades de significação dentro da rede de experiências significantes do sujeito (Masson, 1986).

Essa concepção freudiana do trauma traz ainda implicações no manejo técnico da psicanálise, já que se não há possibilidade da observação direta do evento traumático, sendo este traumático justamente pela sua natureza inapreensível, apenas através do trabalho psicanalítico se poderia contornar tangencialmente o traumático, através das elaborações associativas do paciente em análise. Ou seja, Freud entende o traumático, assim como o significado absoluto dos sonhos ou toda apreensão de uma psicogênese, como só sendo parcialmente apreensível num trabalho de reconstrução das lacunas deixadas pelas impossibilidades de significação impostas pela natureza da realidade psíquica (Freud, 1937).

Dessa maneira, se para Bowlby, através do método das ciências naturais, o agente patogênico é identificável, por sua natureza física interativa, e portanto observável nos seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil, para Freud ele é uma ficção que depende do texto biográfico do sujeito em questão para ganhar corpo.

Essa diferença essencial entre esses dois autores está implicada na própria noção do normal e do patológico, já que, se para Bowlby existiria a verdade factual de um agente patogênico, na ausência do qual a normalidade poderia ser esperada, para

Freud tal dispositivo seria impensável, já que na sua concepção a verdade é exclusiva ao sujeito em análise e, portanto, independente da norma social.

Segundo Canguilhem (1995), o conceito de normal/patológico das ciências naturais está apoiado numa concepção que acredita que o homem pode domar a natureza em seus desejos normativos, e, portanto relacionado ao princípio de patologia, segundo o qual o patológico seria apenas variações quantitativas dos fenômenos fisiológicos que definem o estado normal das funções correspondentes, sendo o patológico, semanticamente designado a partir do normal, como *hiper* ou *hipo*. Assim como está apoiado, diante dos limites impostos a essa concepção pela existência de perturbações patológicas compatíveis com a vida dos organismos, no princípio que identifica esses limites como os de uma *harmonia* de influências distintas, tanto internas, quanto externas e dessa forma, nesse princípio, o conceito de normal é reduzido a um conceito qualitativo, estético e moral.

Esse autor propõe, então, a normatividade biológica como uma saída para a problemática definição em torno do normal e do patológico:

"É por referência à polaridade dinâmica da vida que se pode chamar de normais determinados tipos ou funções. Se existem normas biológicas, é porque a vida, sendo não apenas submissão ao meio, mas também instituição do seu próprio meio, estabelece, por isso mesmo, valores, não apenas no meio, mas também no próprio organismo. É o que chamamos de normatividade biológica. Não é absurdo considerar o estado patológico como normal, na medida em que exprime uma relação com a normatividade da vida. Seria absurdo, porém, considerar esse normal idêntico ao normal fisiológico, pois trata-se de normas diferentes. Não é a ausência de normalidade que constitui o anormal. Não existe absolutamente vida sem normas de vida, e o estado mórbido é sempre uma certa maneira de viver" (Canguilhem, 1995, p 187-188).

Portanto, não podemos perder de vista, diante das divergências entre as posições de Freud e de Bowlby, que este último segue a concepção de normalidade das ciências naturais, enquanto Freud rompe com essa concepção, conduzindo a psicanálise para o terreno das ciências humanas, apesar da sua formação médica, propondo a neurose como a norma.

Em conseqüência das divergências vistas acima, Bowlby distancia-se ainda da teoria psicanalítica, também por propor uma espécie de hegemonia do método investigativo de observação naturalística com relação ao método analítico, no qual os dados são colhidos através dos relatos clínicos e não através da observação direta. Segundo ele, os dados obtidos em sessões analíticas não forneceriam acesso direto aos processos

psíquicos, como também, a compreensão desses processos por parte do analista estaria permeada pela fundamentação teórica do investigador: "*abandonamos inevitavelmente o mundo da observação e entramos no mundo da teoria*" (Bowlby, 1984, p 6).

Já a concepção da psicanálise de que a verdade é uma construção subjetiva da qual só se pode ter algum acesso através dos relatos do sujeito e das formações do inconsciente, presentes nas sessões de análise através do seu discurso, tais como lapsos, atos falhos, sonhos e sintomas, está mais em conformidade com a concepção epistemológica que propõe que todo investigador é um participante ativo no seu estudo e que, conseqüentemente, não há possibilidade de uma *observação direta* do objeto de estudo, que não atravesse a sua fundamentação teórica e sua visão de mundo.

Quanto a esse embate em torno da hegemonia da empiria contra uma posição secundária da teoria e a imparcialidade do observador pretendida por esse antagonismo, Samaja (1994), ao afirmar que nenhuma dimensão é observável por si mesma, nos conduz a pensar sobre a relação teoria X empiria, afirmando que o fato da não observabilidade em si da dimensão não estabelece nenhuma relação de equivalência com a afirmação de que sem teoria não há empiria. Nesse confronto, ele nos propõe a práxis como intermediadora na relação teoria- empiria e nega, tanto a afirmação de R. Hanson de que *todo dado está carregado de teoria*, quanto a afirmação conseqüente de que *todo conceito teórico esta carregado de experiência*, nos propondo o rico aforismo : "*todo dado esta carregado de práxis*"(Samaja, 1994, p 31).

E, para finalizar a exposição das divergências apresentadas por Bowlby (1984) da sua teoria com relação à psicanálise, que o conduziram a afastar-se do percurso freudiano, encontra-se o fato da utilização por parte de Bowlby de estudos de animais e a sua comparação com os achados relativos à pesquisa com humanos. Freud não utilizou resultados de pesquisas com animais numa tentativa de sobreposição para estudos com humanos, quando fez referências a pesquisas etológicas o fez pra demonstrar justamente as divergências entre os comportamentos humanos e animais, enfatizando a inserção cultural do homem como responsável por essa diferença fundamental (Freud, 1920).

Além de expor e argumentar sobre os pontos citados pelo próprio Bowlby (1984) a respeito do seu afastamento da teoria freudiana, é conveniente, ainda, que

acrescentemos outras divergências entre as duas teorias, dessa vez, identificadas por outros autores.

Anna Freud se manifesta a esse respeito, apontando como uma importante diferença entre as duas abordagens, o fato de a teoria psicanalítica não restringir o entendimento do psiquismo humano ao comportamento inato, apesar de não negá-lo, mas de acrescentar a ele a compreensão metapsicológica sobre as representações psíquicas das experiências humanas, enquanto que, segundo ela, a teoria de Bowlby se deteria em considerações biológicas e comportamentais isoladas do pensamento metapsicológico, já que, para ela, Bowlby preenche a distância entre o impulso biológico, as alterações manifestas e o comportamento pela ocorrência no mundo externo de certas ações e acontecimentos que ativam respostas adquiridas. Ela argumenta contrariamente a essa posição com a afirmação de que *"a mãe não é escolhida como apego por ter dado nascimento à criança, mas porque provê as necessidades dela"* (Freud, 1999, p 164).

Ao seu turno, Schur posiciona-se em discordância com as formulações de Bowlby e, além de afirmar que suas formulações a respeito da psicanálise estão em desacordo com os conceitos básicos da teoria psicanalítica, acusa Bowlby de também estar em desarmonia com as propostas dos pesquisadores de animais dedicados ao estudo da psicologia do desenvolvimento, já que, segundo ele, Bowlby não considera o fator de desenvolvimento e aprendizado presente no comportamento humano e levado em conta até por Lorenz que, para Schur, mesmo sendo o maior defensor do caráter inato do comportamento instintivo, não deixa de acrescentar aos modelos complexos de comportamento o desenvolvimento do adquirido e o comportamento de *perspicácia* como caminhando juntos com o comportamento inato (Schur, 1999).

O terceiro e último teórico aqui convocado a pontuar as divergências entre a teoria de Bowlby e a psicanálise é Spitz. Para ele, a diferença fundamental entre a abordagem de Bowlby e a sua reside no fato de Bowlby não levar em conta a diferença de nível de desenvolvimento entre crianças de seis meses e crianças de três ou quatro anos, já que ele considera que não existe praticamente psicologia nessa idade, não existindo emergência de emoção, nem de maturação e desenvolvimento da criança entre os seis meses e os quatro anos, e tampouco levar em consideração a diferença significativa introduzida no desenvolvimento pela aquisição da linguagem, ao fim do segundo ano de vida, quando a linguagem é utilizada para expressar o pensamento. Dessa maneira, Spitz afirma que Bowlby considera que a criança pequena e a criança que começa a

andar têm uma personalidade comparável com a de um adulto e que, portanto, passam pelo mesmo processo de luto que um adulto diante da perda de um objeto de amor. Além disso, segundo Spitz, Bowlby limita a relação de objeto a um nível comportamental, sem abordá-la a luz da teoria das pulsões (Spitz, 1999).

Os conceitos lacanianos e sua aplicação no tratamento dos dados

A discussão de Samaja (1994), iniciada acima, é particularmente valiosa para a condução do presente estudo, já que é da natureza do método de observação, método este por nós utilizado, um certo pudor escopofílico na apreensão do real, pudor que se revela justamente neste confronto de prioridades entre a teoria e a prática e na proposta de um ideal de neutralidade, onde o investigador deveria se apresentar destituído de a priori pessoais e/ou teóricos, posição que, na nossa visão, invocaria à cena um olhar superegóico: provavelmente, o olhar cartesiano.

Neste sentido, Gersen (2001) reafirma Samaja. Ele contrapõe a visão moderna com uma forte distinção hierárquica entre a geração do conhecimento e a aplicação do conhecimento na prática com a ausência dessa distinção na visão pós-moderna, ressaltando que as considerações teóricas do mundo não são o espelho do mundo, mas ações discursivas dentro de uma comunidade, o que o leva a propor que a teoria é em si uma forma de prática.

Quanto à posição do investigador, no nosso caso, o psicólogo, é importante que a localizemos no nosso contexto. Numa discussão acerca da ciência psicológica em um contexto pós-moderno, Gergen (2001) considera que não há como justificar uma forma de racionalidade, de descrição ou de explicação sobre outra, já que entende que, na pós-modernidade, o exercício da racionalidade é, antes de tudo, um exercício de linguagem, onde as descrições e explicações convincentes são sempre retoricamente construídas. Então, falar do mundo material ou das relações causais não é descrever precisamente o que é, mas participar de um gênero textual.

Assim, neste contexto, a concepção de pessoa, por exemplo, não pode ser verificada ou contestada através da observação, na medida em que uma estrutura lingüística anterior é essencial para dirigir e interpretar qualquer observação que alguém faça:

"Qualquer coisa existe independente das praticas lingüística. Contudo, uma vez que alguém começa a descrever ou explicar o que existe,

inevitavelmente provém de estruturas anteriores de compreensão compartilhada”(Gergen, 2001, p 806).

A partir dessas considerações podemos, com maior tranqüilidade, afirmar que a observação da interação mãe-bebê do presente estudo foi conduzida a partir da experiência clínica da observadora e fundamentada na teoria psicanalítica, da qual alguns conceitos da teoria lacaniana foram privilegiados, norteando, não apenas a análise dos dados, mas, fundamentalmente, todo o tratamento dos dados, ou melhor, a sua construção.

Os conceitos lacanianos que participaram mais diretamente da observação estão presentes nos quatro eixos fundamentais da relação mãe-bebê propostos como operadores clínicos pela “Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil” (Grupo Nacional de Pesquisa, 2002). Os quatro eixos fundamentais da relação mãe-bebê são: suposição de sujeito; estabelecer a demanda da criança; alternar presença-ausência e função paterna. Os conceitos lacanianos a eles relacionados e por nós manipulados são: o sujeito do inconsciente; demanda; função paterna; função materna e o operador clínico de alternância da presença-ausência do cuidador primordial. Além desses conceitos lacanianos, tomamos emprestados da elaboração teórica de Winnicott o conceito de saber materno e de função de *holding*.

Sujeito do inconsciente

A metapsicologia freudiana provocou uma verdadeira revolução copernicana, descentralizando o sujeito do conhecimento cartesiano e introduzindo a noção do inconsciente, com relação ao qual há *um saber que não se sabe a si mesmo* (o saber inconsciente) e há um sujeito em eclipse do saber (Lacan, 1998). No seu retorno a Freud, Lacan desenvolve esse conceito, introduzindo o termo *sujeito* para tornar possível a hipótese do inconsciente sem aniquilar sua dimensão essencial de não sabido, já que na teoria freudiana a distinção de dois sistemas, um dos quais chamado de inconsciente pertence à ordem de um pensamento consciente (Kaufmann, 1996). Lacan propõe, então, que *“a presença do sujeito do inconsciente só pode ser compreendida num segundo grau de alteridade, que já o situa, ele mesmo, em posição de mediação em relação a minha própria dissociação de mim mesmo como de um semelhante”* (Lacan, 1998, p 529). Essa alteridade, esse outro, portanto é o sujeito do

inconsciente em sua excentricidade de si para si mesmo. Ele não é sujeito no inconsciente, tomado como um reservatório das pulsões, ele é essa pulsação, essa fenda por onde o não sabido (algo de inconsciente) se abre e se fecha assim que é apreendido pela consciência (Kaufmann, 1996).

Assim, o operador clínico *suposição de sujeito* se aplica quando, por exemplo, uma mãe antecipa no seu bebê algumas aquisições que ele de fato ainda não possui e a existência de manifestações subjetivas, vendo nele uma intencionalidade ou um desejo, onde ainda não há, já que a constituição psíquica não está garantida.

Demanda

Lacan situa a demanda na sua relação com a necessidade e o desejo. O bebê encontra-se impossibilitado de satisfazer por si mesmo as suas necessidades orgânicas, como a fome, por exemplo, o que requer e justifica a presença de um outro, o cuidador primordial. As manifestações corporais da criança diante da sua necessidade adquirem imediatamente valor de signos para esse outro, uma vez que é ele que alivia e busca compreender o estado de necessidade da criança, ou seja, as manifestações corporais da criança confrontada com as suas necessidades só fazem sentido na medida em que o outro lhes atribui um sentido, tomando essas manifestações como uma mensagem que lhe é endereçada. Nesse momento, a criança ainda não tem a intencionalidade de usar essas manifestações corporais para significar algo para o outro. Em contrapartida, se essas manifestações fazem imediatamente sentido para o outro, isso implica que a criança é desde já colocada num universo de comunicação, onde a intervenção do outro se constitui como uma resposta a algo que foi, de antemão, suposto como uma demanda (Dor, 1989).

Por sua intervenção, que dá um sentido às manifestações corporais da criança, o outro refere imediatamente a criança a um universo semântico e a um discurso que é o dele. A seu turno, o outro que inscreve a criança neste referente simbólico, investe-se, junto à criança, como um outro privilegiado: o *Outro*, denominação utilizada por Lacan para também situar a cultura, o código da língua materna (Lacan, 1999).

A mãe, enquanto o Outro para a criança, ela própria está submetida ao código da língua materna e à lei da cultura e, dessa forma, quando dá um sentido de demanda a algo, o faz a partir de uma submissão aos significantes da língua e às práticas culturais às quais está submetida transgeracionalmente. É dessa maneira que Lacan estabelece

que essa suposição de demanda da criança por parte da mãe está intrinsecamente ligada ao desejo da mãe, construído, por sua vez, a partir do seu próprio Édipo (processo de constituição subjetiva que culmina com as identificações de gênero). A demanda suposta deve, então, ser entendida como projeção do desejo do Outro (Lacan, 1999).

Portanto, o operador clínico *estabelecimento da demanda* funciona como indicador da inscrição da criança ao desejo materno. Quando a mãe supõe que o choro da criança é uma demanda de colo e não de alimento, por exemplo, indica que ela está projetando o seu desejo na criança e, com isso, possibilitando que a criança advenha, ela própria como sujeito do desejo, capaz de tentar articular seu desejo a partir das leis da cultura. Assim, é, inicialmente, sendo falada que a criança adentra no universo simbólico (Lacan, 1995).

Função paterna

Para Lacan, a função fundamental do Complexo de Édipo (descrito por ele em três tempos) é coextensiva à função paterna que se trata de uma função que deve ser entendida como radicalmente distinta da presença paterna ou, conseqüentemente, de todas as formas de *inconsistências* paternas, como a ausência e a carência. Lacan a define como uma função simbólica por prestar-se a uma operação metafórica (Dor, 1989).

Essa operação metafórica diz respeito a situar para a criança o desejo materno como estando além dela, a criança, enquanto o único objeto que possa satisfazer o desejo da mãe. Inicialmente, quando a mãe está bastante disponível ao seu bebê, num momento formalizado por Lacan como o primeiro tempo do Édipo, a mãe e a criança encontram-se numa relação fusional, na medida em que nenhum elemento terceiro mediatiza a identificação da criança como o exclusivo objeto de desejo da mãe. Porém, segundo Lacan, essa é uma convicção puramente imaginária devido à própria natureza do objeto com o qual a criança se identifica: aquele que atende com exclusividade ao desejo materno. É na medida em que esse objeto se desloca, quando a mãe pode demonstrar outros interesses além do seu bebê, como o trabalho, o lazer, o namoro, por exemplo, que é introduzida a dimensão paterna, no que Lacan formalizou como o segundo momento do Édipo (Lacan, 1999).

Função materna

Segundo Jeruzalinsky (1984), formalmente, a única função é a paterna enquanto operador da estruturação subjetiva, porém, vários autores lacanianos, inclusive Lacan, aceitam falar de função materna, num sentido descritivo, como agente de intermediação simbólica para a criança.

Para Cullere-Crespin (2004), tanto a função paterna, quanto a função materna são duas vertentes do laço primordial, que se articulam dialeticamente. Essa autora destaca na função materna sua dimensão transitiva, presente no fato da mãe pensar pelo seu bebê, lhe atribuindo conteúdos psíquicos, o que, segundo ela, constitui uma efração simbólica, sendo dessa maneira que a mãe sabe pelo seu bebê. Assim, o laço primordial em sua vertente materna é descrito por essa autora como sendo atributivo e transitivo, e correspondente à onipotência originária da mãe.

Portanto, a função materna, na medida em que inclui a assunção por parte da mãe de um saber sobre o seu filho, na atribuição de significados às suas mais diversas manifestações, e a sua possibilidade transitiva de colocar-se na posição do bebê, supondo sentir por ele e saber por ele, funciona como um indicador de risco para o desenvolvimento infantil, já que é por meio da mediação simbólica da mãe que a criança pode advir como sujeito, constituída psiquicamente.

Presença-ausência

Lacan denomina de Mãe Simbólica o cuidador primordial que significa o grito da criança, expressão das suas urgências vitais, como um apelo dirigido à sua presença ou à sua ausência, o interpretando como um apelo que a leva a exercer uma ação específica ligada a essa necessidade. A alternância de presença-ausência se refere à presença-ausência simbólica, onde o significado das idas e vindas da mãe é identificado como o desejo da mãe. Na primeira simbolização da mãe como tal, a subjetivação correlativa da criança consiste em instaurar a mãe como aquele ser primordial que pode estar ou não presente. Portanto, é nesse intervalo entre a presença e a ausência que o cuidador primordial é simbolizado, sendo este intervalo essencial para que o bebê possa se manifestar subjetivamente.

O importante é que haja alternância, as sínopes eventuais de só presença ou só ausência tem um efeito de realização da Mãe Simbólica. É a quebra de ritmo da presença-ausência que interrompe a construção de um padrão de presibilidade,

transportando essa presença-ausência materna à condição de enigma, ou seja, o desejo da mãe torna-se um enigma com estatuto de ameaça real. A Mãe Real é um outro extremamente poderoso pois ela detém os objetos de satisfação, conforme o seu desejo. Os objetos da necessidade são, então, não somente objetos que satisfazem a urgências vitais, mas também representantes dessa Mãe Real que dispõe deles e, dessa maneira, as demandas por parte da criança serão, não apenas associadas às suas necessidades, mas, sobretudo, serão demandas de amor, configurando o desejo da criança como desejo do desejo do Outro (Infante, 2000).

Assim, o operador clínico *presença-ausência da mãe* pode funcionar como indicador de risco para o desenvolvimento infantil, já que esse intervalo se configura como necessário para que a criança possa advir como sujeito capaz de articular seu desejo na língua materna.

Saber materno

Para Lacan o saber é sempre inconsciente, dessa forma ele situa o saber materno em relação com o desejo da mãe, desenvolvendo o conceito de *desejo da mãe* como um dos elementos da operação de constituição da subjetividade, que se realiza a partir da metáfora paterna (Lacan, 1999).

Winnicott (1999) não fala de saber inconsciente, porém situa o saber materno como um outro tipo de conhecimento, que não aquele técnico, um saber que as mães adquirem naturalmente, de forma intuitiva e não conspurcada pelo aprendizado.

O saber materno, na sua dimensão inconsciente, é entendido por Cullere-Crespin (2004) como a reativação de traços mnésicos inconscientes da maternagem recebida, o que é uma simplificação do saber materno útil para a sua funcionalidade como indicador clínico da constituição psíquica da criança, enquanto dependente da suposição materna de um saber sobre o filho que coloca a mãe em posição de operar como mediador simbólico das experiências da criança, como aquela que dá sentido a essas experiências, introduzindo, assim, a criança no universo simbólico.

Função de holding

Winnicott (1989) desenvolve o conceito de função de holding como estando associado às noções de *mãe suficientemente boa* e de *preocupação materna primária* (o que capacita a mãe a estar particularmente sensível às necessidades iniciais do seu bebê) como necessários para a construção da sustentação (holding) e do handling (o saber lidar com a criança), que tornarão o ambiente facilitador da ancoragem da capacidade imaginativa do ser e estar bebê e no devir uma pessoa que reconhece ser a mãe outra pessoa.

A Teoria do Apego e sua importância para a pesquisa sobre a primeira infância

Buscando entender a constituição do apego, Bowlby (1990) propõe que o vínculo da criança com sua mãe é um produto das atividades de alguns sistemas comportamentais que têm como meta a proximidade com a mãe. Ele adverte que nos humanos a ontogênese desses sistemas é, além de complexa, bastante lenta, sendo o ritmo de desenvolvimento variável de criança para criança, logo, não se pode prever seu progresso durante o primeiro ano, sendo possível, porém, observar o comportamento típico de apego a partir do segundo ano de vida, quando a criança passa a locomover-se. Nesta idade, a partida da mãe ou a presença de algo assustador ativam facilmente o conjunto de sistemas comportamentais, além disso, o som, a visão e o contato da mãe são os estímulos que mais efetivamente os ativam. A partir da entrada no terceiro ano de idade, os sistemas passam a ser ativados com menos facilidade e ocorrem algumas mudanças que tornam a necessidade de proximidade com a mãe menos urgente.

Assim, segundo essa teoria, *comportamentos de apego* são os tipos de comportamento que têm como conseqüência a proximidade da criança à mãe. Não basta, então, que a criança reconheça a mãe, mas que se comporte de modo a manter a proximidade com ela. Dentre as variáveis orgânicas responsáveis pela oscilação da intensidade do comportamento de apego estão a fome, a fadiga, a doença e a infelicidade, todas resultando no aumento do choro e do ato de seguir uma figura familiar; já a variável ambiental é o fato da criança estar alarmada (Bowlby, 1990).

Os principais aspectos do comportamento materno descritos por Bowlby (1990) como fundamentais para a constituição do apego são a Sensibilidade, a Responsividade, o Contato físico e a Cooperação. A sensibilidade é descrita por Ainsworth (1973) como a habilidade materna de perceber os sinais da criança com acuidade e a habilidade de

responder a esses sinais com prontidão e apropriadamente. A responsividade ou contigüidade da resposta materna é definida por Wolff & Ijzendoorn (1997) como a prontidão, ou mais genericamente, a frequência de respostas aos sinais da criança, excluindo-se daí qualquer contribuição qualitativa do comportamento materno. O contato físico é entendido por Wolff & Ijzendoorn (1997) como a dimensão qualitativa ou quantitativa do contato físico e, por fim, a cooperação é definida por Ainsworth (1973) como estando relacionada à presença ou à ausência do comportamento materno intrusivo ou de interferência.

A teoria do apego enfatiza a importância da responsividade parental sensível para o desenvolvimento dos padrões de apego (Bowlby, 1982). Esse assunto recebeu apoio de vários autores, dentre eles Teti (2000) que afirma que mães de crianças com apego seguro são julgadas como mais competentes e sensíveis do que aquelas de crianças com apego inseguro.

Além da responsividade, a sensibilidade materna aos sinais do bebê é também um importante construto na teoria do apego e proposta como um preditor central do padrão de apego, já que, da mesma maneira que a responsividade, é essencial para a sua constituição (Ainsworth, 1962, 1981; Bowlby, 1981).

As observações de Ainsworth da relação mãe-bebê identificaram a sensibilidade materna durante o primeiro ano de vida como um importante precursor para o apego seguro entre a mãe e seu bebê, que se caracteriza quando o bebê apresenta a habilidade de usar a mãe, em situações de estresse, como uma base segura, da qual parte para explorar o meio. No seu clássico estudo, Ainsworth conceitualiza a maternagem sensível como uma consciência empática e responsividade apropriada às necessidades e desejos da criança e como preditora de apego seguro (tipo B) aos doze meses de idade, ao passo em que a maternagem insensível (inresponsiva, inconsistente e rejeição) é vista como preditora de apego inseguro-esquivo (Tipo A) ou inseguro-ambivalente (Tipo C), aos doze meses de idade (Teti, 2000).

A importância do apego precoce para o futuro desenvolvimento sócio-emocional está baseada na premissa de que o relacionamento de apego precoce é o fundamento para o desenvolvimento do trabalho de internalização de modelos de *eu e o outro*, modelos que servem como portais para processar e interpretar informações sociais (Bowlby, 1982).

Na pesquisa de Belsky, Fish & Isabella (1991) sobre a continuidade do modelo interno de funcionamento, nas quais o apego seguro constatado na *Situação Estranha* na infância é usado para prever estados mentais adultos, avaliados através da Entrevista sobre Apego Adulto no final da adolescência e início da vida adulta, descontinuidades normativas emergiram. Porém, em outros estudos, a continuidade aparentemente caracteriza o desenvolvimento sob condições de baixo risco (Hamilton, 2000; Waters, Merrick, Treboux, Crowell & Albersheim, 2000).

Os resultados do estudo de Weinfield, Stroufe & Egeland (2000), conforme citados por Belsky & Fearon (2000), confirmam essa suposição, uma vez que se demonstram que, em situações de baixo risco contextual, o apego seguro precoce é preditor de futuros estados mentais autônomos (apego adulto), e que o apego inseguro precoce é preditor de um estado mental com baixa concentração e/ou preocupação.

Assim como os resultados do estudo de Belsky & Fearon (2000) são consistentes com a proposta de que o apego seguro mãe-bebê, em condições de baixo risco, é um confiável preditor do futuro desenvolvimento. Em condições de risco contextual, entretanto, há baixa continuidade, ocasionada pelo desvio das trajetórias desenvolvimentais.

Logo, aparentemente, saber sobre as condições ecológicas sob as quais o bebê desenvolve-se é mais informativo com respeito ao desenvolvimento infantil do que saber da segurança da relação de apego mãe-bebê e, claro, saber sobre ambos é sempre mais informativo do que saber apenas de um. Portanto, as associações entre apego seguro e o futuro resultado sócio-emocional devem ser realizadas em termos de risco-resiliência.

Podemos, então, concluir que seja indiscutível o valor dos estudos sobre o desenvolvimento do apego e sua importância na proteção à infância, podendo funcionar enquanto indicador de risco para o desenvolvimento infantil.

Nesse sentido, as divergências que afastaram Bowlby da teoria psicanalítica não inviabilizam um estudo onde se propõe alguma aproximação entre a teoria do apego e a psicanálise, na medida em que a primeira fornece resultados de pesquisas relevantes para o estudo da primeira infância, através do conceito de apego, enquanto essencial para a investigação das interações precoces, e a segunda lança luz sobre um melhor entendimento desses dados.

A respeito de uma possível aproximação entre as duas teorias, Golse (2003), psicanalista francês interessado pelas questões da psicopatologia precoce e da clínica com bebês e crianças pequenas, propõe uma conciliação entre a teoria do apego de Bowlby e a teoria psicanalítica das pulsões.

Para tanto ele evoca o conceito de *narratividade* enquanto uma atividade de ligação, entendendo o encontro entre o adulto e o bebê como um autêntico *espaço de narração*. Para ele a narratividade é o produto das interações precoces e o encontro entre o adulto e o bebê seria um espaço de narração na medida em que o desenvolvimento infantil se apresenta no entrecruzamento de fatores endógenos (o temperamento do bebê, seu equipamento neurológico, genético, cognitivo) e de fatores exógenos (os efeitos imprevisíveis do encontro da criança com o seu meio, que constituem a trama da sua história relacional pessoal, que vão lhe permitir, talvez, escrever como co-autor sua história com o adulto).

Golse (2003) descreve o espaço de narração da seguinte maneira: "*cada vez que um adulto cuida de um bebê, institui entre os dois um estilo interativo que é eminentemente específico daquela díade. O estilo interativo adulto é a resultante da sua história pessoal (o que esse adulto é atualmente, o bebê que ele foi e a natureza das suas interações precoces) e do encontro com essa criança particular, que tem suas próprias características interativas – em termos de modelos internos operantes (J. Bowlby, I. Bretherton) ou em termos de sintonização afetiva (D. N. Stern) – e que ocupa um lugar particular no mundo interno representacional desse adulto particular*" (p 102). Para ele, é do encontro entre essas duas histórias que deve nascer uma terceira, que pode ser estruturante para o bebê na condição de fazer laço com as duas histórias que lhe pré-existem e, dessa forma, o bebê poderá conquistar sua *identidade narrativa* (P. Ricoeur), a partir dessa criação interativa. Ele entende, ainda, que a narratividade é antitraumática pela criação de laços, que são, por eles mesmos, uma função de representação que abre o processo para o surgimento do inédito, sendo, dessa maneira, a função defensiva e criativa, central na narratividade, enquanto processo de ligação. O apego deixa, então, de ser visto como um mecanismo automático e não mentalizado.

Na sua concepção, o apego desempenha o papel de ponte entre a teoria das pulsões e a teoria das relações de objeto, o que confere, pela transmissão, à narratividade uma posição central entre esses dois modelos, já que a narratividade, enquanto atividade

psíquica fundada sobre o jogo dos processos de ligação, pode ser melhor pensada em termos metapsicológicos do que em termos de apego (Golse, 2003)

Na aposta de um encontro entre as elaborações teóricas de Bowlby e de Freud, Golse (2003) propõe refletir a respeito do apego de um ponto de vista metapsicológico, acreditando que essa abordagem é possível já que ele considera que a teoria do apego "*não nos imponha revisões tão dilacerantes de nossas referências metapsicológicas clássicas, como se pôde dizer*" (p 153)

Com esse intuito, ele busca reunir a psicanálise, como uma metapsicologia da ausência do objeto e a teoria do apego, como um simples modelo da presença do objeto e toma o apego, enquanto uma necessidade primária da criança, como podendo ser libidinalizado tanto quanto as outras necessidades de autoconservação, no seio da teoria freudiana de apoio e, ainda, na sua concepção, o objeto ou figura do apego é um objeto a ser descoberto cognitivamente e um objeto a ser investido afetivamente (pulsionalmente). Dessa maneira, seria possível falar de pulsão de apego enquanto uma pulsão global de autoconservação, secundariamente libidinizada na interação precoce (Golse, 2003).

Golse (2003) afirma ainda que os estudos de Main sobre o a entrevista de apego adulto demonstram com excelência que a transmissão transgeracional dos padrões de apego segue os mesmos mecanismos da transmissão fantasmática, tanto quanto os padrões de uma transmissão cognitiva que supõem uma herança genética. E acrescenta que, atualmente, as pesquisas sobre as ligações entre apego e narratividade atribuem aos padrões de apego um estatuto de representações mentais. Ele entende os resultados das pesquisas sobre apego que utilizam a Entrevista de Apego Adulto como uma oportunidade de demonstrar a noção psicanalítica de *a posteriori*, (*só-depois*) na medida em que seus resultados demonstram uma forte correlação entre o tipo de resposta da mãe à entrevista sobre apego adulto e a natureza do padrão de apego do bebê avaliado na *Situação Estranha*, ou seja, segundo ele, uma mãe que faz uma idéia retrospectiva segura ou insegura dos seus próprios laços de apego precoces, irá provocar em seu filho padrões de apego respectivamente seguros ou inseguros. Dessa maneira, tudo se passa então como se o nascimento e a interação com o novo bebê reativassem (esse é o efeito de *só-depois*) as experiências da história infantil precoce da mãe, e isso principalmente no campo do apego: "*As experiências passadas – mesmo deformadas – vão daí em diante infiltrar a natureza*

qualitativa do sistema relacional que a mãe vai inconscientemente propor à sua criança' (Golse, 2003, p 147).

A teoria do apego e o presente estudo

Bowlby (1990) considera os sistemas comportamentais primitivos mediadores do choro, sucção, agarramento e orientação como sendo, dentre os sistemas já existentes desde o nascimento, aqueles que fornecem as bases para o desenvolvimento posterior do comportamento de apego, adicionando-se a esses, algumas semanas após o nascimento, o sorriso e a balbucio e, alguns meses depois, o engatinhar e o andar. Ele classifica seis respostas que levam ao comportamento de apego como *comportamentos mediadores do apego*: chorar e sorrir, por aproximar a mãe do bebê; seguir e agarrar-se, por levar o bebê até a mãe e mantê-lo junto a ela; a sucção, cujo papel, segundo ele, é difícil de precisar e, por fim, chamar a mãe.

Cada uma dessas formas de comportamento está estruturada de maneira simples quando se manifesta pela primeira vez, existindo, desde o início, uma tendência a responder de forma especial aos estímulos provenientes do ser humano, tais como os estímulos auditivos, originados da voz; os estímulos visuais, emanados do rosto humano e os estímulos táteis e cinestésicos, oriundos dos braços e corpo humanos. Os bebês humanos apresentam, então, desde o nascimento, a tendência para prestar atenção a um padrão, especialmente quando se assemelha ao rosto humano, para escutar uma voz humana, preferencialmente a feminina, e para chorar quando ela cessa, além da tendência a preferir olhar qualquer coisa que se movimenta, em vez de algo estático (Bowlby, 1990).

Existem várias formas de comportamentos mediadores de apego: há o equipamento perceptual do bebê, que o orienta para a figura materna, familiarizando-o com ela; há o equipamento efetor que propicia o seu contato com a mãe (mãos, pés, cabeça e boca) e há o seu equipamento de sinalização (chorar, sorrir, balbuciar e gesticular) que provocam a atenção da mãe para o bebê (Bowlby, 1990). Portanto, podemos concluir que a capacidade de interação do bebê com o meio, se impõe como condição essencial para um desenvolvimento satisfatório do comportamento de apego.

Bowlby (1982,1990) propõe, então, a interação social como essencial para a formação de vínculos e o conseqüente desenvolvimento do processo de apego. Segundo ele, os bebês que experimentam menos estimulação social de uma figura materna têm o

aparecimento do comportamento de apego retardado e, no lugar de apresentá-lo por volta dos nove meses, como o esperado, podem apresentá-lo até um período bem avançado do segundo ano. Além disso, ele destaca que o desenvolvimento do padrão de interação mãe-bebê deve ser entendido como produto das contribuições de cada um e do modo como cada um influencia o comportamento do outro e não de maneira unilateral.

Assim, devido às restrições que a própria imaturidade neurológica impõe à realização de uma interação efetiva, além da diminuição do contato social e das limitações da maternagem no contexto inicial de hospitalização, e mesmo após a alta hospitalar, teriam as díades compostas por bebês prematuros uma maior dificuldade de desenvolver o apego que as díades formadas por bebês a termo?

Motivados por essa questão nos propusemos a analisar a evolução dos padrões de interação mãe-bebê prematuro, enquanto precursores do apego, sendo, para tanto, essencial que sejam considerados as especificidades que a prematuridade confere às competências desses bebês e suas conseqüências sobre a responsividade materna.

1.4 Revisão de literatura

Quanto às competências dos recém-nascidos, a partir das descobertas sobre os aspectos sensoriais do feto e das inúmeras capacidades perceptivas e comunicativas do recém-nascido, inclusive os prematuros (Klaus & Klaus, 1989; Klaus & Kennel, 1992; Brazelton & Cramer, 1992; Brazelton, 1981; Wendland-Carro & Piccinini, 1995) o recém-nascido deixou de ser visto como um incompleto, relativamente incompetente e inadequado organismo que por uma série de progressões lineares, se torna um complexo, competente e completo organismo – um adulto (Thoman, 1979) ou "*como um pacote de necessidades e reações que espera passivamente os estímulos externos*" (Bowlby, 1981, p 215) ou "*como se fosse um montículo de barro pronto a ser moldado pelo seu ambiente*", passando a ser considerado como um indivíduo bem organizado quando do nascimento, pronto para enviar sinais ao seu ambiente, e dessa forma, na medida em que recebe respostas de quem o cuida, ele obteria um controle sobre suas reações, podendo, assim, participar dos eventos do seu ambiente e, com isso, aprender sobre si mesmo (Brazelton, 1988, p 111).

A estimulação social considerada eficaz por Bowlby (1990) na promoção do comportamento de apego engloba uma combinação de estimulação visual, auditiva e tátil, e também, cinestésica e olfativa. Desde as primeiras semanas de vida, os olhos e ouvidos de um bebê estão ativos como mediadores do intercâmbio social. Segundo Maldonado (1997), data de 1942 a observação de Ling dos movimentos oculares de bebês de zero a seis meses, indicando a existência de uma fixação rudimentar desde o primeiro dia de vida, que se estabilizava em torno do quinto dia. Para Klaus & Klaus (1989) a primeira pesquisa que confirmou a capacidade dos bebês recém-nascidos de ver foi conduzida em 1960 pelo psicólogo, Dr. Robert Fantz, que demonstrou que o bebê apresenta preferências mesmo entre padrões abstratos e é especialmente atraído por contornos pontudos, bem como pelo contraste claro-escuro. Ele demonstrou também que os bebês podem reconhecer cores. Conforme os estudos desenvolvidos por Vurpillot (1972), ainda não há acomodação na visão do recém-nascido e a convergência é precária. Como a condução nervosa é bastante lenta, para obter uma resposta é preciso que o estímulo seja bastante forte, apresentado demoradamente e com um intervalo significativo entre dois estímulos sucessivos.

Por nascerem míopes, não podendo inicialmente acomodar a visão a distâncias, a visão dos recém-nascidos é melhor a uma distância de 20 a 25 cm da face. Não nos surpreende que essa seja a distância da qual o bebê vê a face da mãe durante a amamentação (Klaus & Klaus, 1989). Esse contato olho a olho é considerado por Bowlby (1990), além do sorriso e do balbucio, como tendo um papel especial no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê. Segundo ele, a mãe, durante os cuidados rotineiros, não faz muito contato olho a olho, fazendo-o quando está expressando sentimentos sociais e, por sua vez, o bebê apega-se a pessoas que interagem socialmente com ele, muito mais do que a pessoas que só atendem às suas necessidades corporais.

Os prematuros também enxergam ao nascer; sua visão é menos constante, pois eles são ainda mais míopes, mas são capazes de fixar a atenção e de acompanhar o movimento de objetos (Maldonado, 1997).

Também Brazelton & Cramer (1992) consideram o contato visual e auditivo imediato ao nascimento como fundamental para o processo de *vinculação* e observam, ainda,

que os pais invariavelmente, a não ser em casos de depressão severa, anseiam pela interação visual com o bebê após o parto.

Eles citam o experimento de Butterfield (1982), no qual se adiou por 30 minutos a aplicação do nitrato de prata nos olhos dos recém-nascidos, para que os bebês e seus pais pudessem interagir visualmente na sala de parto. Trinta dias depois, esses pais mostraram ser muito mais sensíveis às expressões visuais e sonoras de seus bebês do que o grupo controle de pais que não interagiram com seus bebês depois do parto.

Diversos autores (Brazelton, 1988; Brazelton & Cramer, 1992; Bowlby, 1990; Klaus & Klaus, 1989; Maldonado, 1997) observam que os bebês demonstram uma capacidade inata para aprender sobre a face humana e desde a quinta semana de vida apresentam uma preferência por estímulos que se assemelham a uma face, e, a partir das 14 semanas uma preferência para olhar o rosto da mãe. Referindo-se a essa capacidade do bebê, Bowlby (1990) e outros autores (Sorce, Emde, Campos & Klinnert, 19xx; Yonas & Granrud, 19xx; Masi & Scott, 19xx) acrescentam a importância do movimento do rosto e sua variedade de expressões, indicando-o como o fator crucial para a convergência visual até os dois meses.

Segundo Bowlby (1990) os bebês ao nascerem apresentam uma tendência a prestar atenção a padrões que se assemelhem ao rosto humano e uma tendência para escutar uma voz humana, particularmente a feminina, e para chorar quando esta cessa.

Klaus & Klaus (1989) acrescentam a esse respeito que, assim como os bebês parecem nascer com uma preferência por rostos humanos, os adultos seriam programados para apreciar e serem atraídos por bebês pequenos. O recém-nascido seria equipado com configurações, em sua aparência, planejadas para capturar os adultos ao seu redor: suas bochechas macias, as faces redondas, o tamanho da cabeça em relação ao resto do corpo, que o impossibilita de sustentá-la sozinho (Brazelton, 1988).

A mãe não apenas é um objeto gratificante para ser olhado, mas também é um objeto interessante para ser ouvido. Alguns estudos demonstram que no terceiro dia de vida o bebê já é capaz de discriminar a voz humana. A capacidade dos bebês de ouvir é bem desenvolvida meses antes do nascimento. As observações intra-útero e de prematuros revelam que esses, assim como os recém-nascidos a termo, podem distinguir entre tipos de sons, intensidade e altura, vozes diferentes, sons familiares e estranhos, e podem determinar a direção de onde o som está vindo (Brazelton, 1988; Brazelton & Cramer, 1992; Muir & Clifton, 19xx).

Maielo (2004) observa, em conformidade com as pesquisas neurofisiológicas, que os fetos não apenas escutam, como ouvem a voz materna. De acordo com essa autora, a ausência da voz pode fazer o feto viver uma proto-experiência da existência de um *outro lugar, outro-alguma coisa*. A voz materna pode ser considerada, assim, como a matéria prima para a formação de um proto-objeto interno, um objeto sonoro e a ausência da voz dá a experiência de vazio, desse espaço no qual nascerá o pensamento e a linguagem, capazes de reevocar, de dar novamente voz ao objeto perdido e de lhe dar um nome. Dessa forma, essa autora considera que os aspectos rítmicos da realidade pré-natal estão nas extremidades mais arcaicas das experiências auditivas.

Muitos estudos revelam que recém-nascidos reagem à voz da mãe de uma maneira peculiar, mesmo na ausência de outras fontes de informação além da auditiva (Brazelton, 1988; Brazelton & Cramer, 1992; Klaus & Klaus, 1989; Alegría e Noiro, 1978). Segundo Ferreira (2004), *Infans* (aquele que não fala) não deve ser entendido como *excluído da linguagem*, pois, como bem revelam os bebês, eles são capazes muito cedo de reconhecer a fala materna, de discriminar categorias de fonemas, de diferenciar a língua materna de uma língua estrangeira, além de se mostrarem extremamente atentos aos sons da língua que ouvem desde o nascimento.

Recém-nascidos preferem vozes agudas e as mães e os pais usam vozes agudas quando falam com seus bebês pela primeira vez após o parto, e os bebês preferem a voz de suas mães que a voz de outras mulheres, e, além disso, imediatamente após o nascimento não têm preferência pela voz paterna àquela de outro homem (Klaus & Klaus, 1989).

As mães falam com os seus bebês de um modo todo particular, conhecido como *mamanhês* ou *babytalk*. Cavalcante (2004b, no prelo) caracteriza essa fala como possuindo “*uma configuração particular no que diz respeito a características morfológicas, sintáticas e fonológico-segmentais peculiares como: uso de sentenças gramaticais curtas; repetições; simplicidade sintática; itens lexicais infantilizados e da modificação da articulação de certos segmentos; elevação de altura; entonação exagerada; grande número de perguntas e imperativos*”.

Segundo a teoria evolucionista, a fala materna dirigida ao bebê é entendida como um mecanismo adaptativo, onde o uso de padrões estereotipados vocais na fala humana dirigida a bebês teria sua origem evolucionária nas vocalizações de ancestrais primatas não humanos, usadas para propósitos diferentes (Fernald, 1993).

Essa concepção de base evolucionista da aquisição da linguagem atribui um caráter universal aos contornos prosódicos do manhês e concebe o papel da emoção e afetividade, modulados na prosódia materna, como fundamentais para o desenvolvimento lingüístico do bebê. Nesse desenvolvimento, algumas vocalizações maternas teriam a função de estimular estados de alerta, prazer, conforto, etc, e, aos poucos, iriam modulando a atenção e a emoção do infante, sinalizando as intenções e estados emocionais dos seus semelhantes, finalizando por possibilitar a identificação de unidades lingüísticas (Fernald, 1993).

Essa disposição para falar dessa maneira com seus bebês é considerada por vários autores como um fenômeno universal. Klaus & Klaus (1989) citam o estudo no qual Ferguson revelou que mães de seis nacionalidades diferentes fazem sons semelhantes e usam sílabas sem sentido, usando frases curtas e vozes em falsete, independentemente das suas línguas nativas.

No entanto, alguns autores se posicionam contra essa visão universalista, tal é o caso de Ingram (1995) que, observando a interação mãe-bebê em comunidades diferentes da classe média americana branca, atribuiu as modificações prosódicas do manhês ao resultado de um conjunto de convenções que podem variar de cultura para cultura. Também Ochs & Schieffelin (1995) questionam a universalidade do manhês a partir de estudos em comunidades nas quais o bebê não é considerado um destinatário nas trocas comunicativas, a sua participação se dando na interação enquanto um ouvinte casual de conversações não-simplificadas entre os outros, o que não os impede de tornarem-se falantes-ouvintes gramaticalmente competentes.

Já Sansavini (1997), refere-se à *hipótese rítmica* segundo a qual recém-nascidos teriam uma predisposição para prestar atenção ao ritmo da fala, o qual emerge da regular e repetida presença de elementos prosódicos, tais como alterações de diferentes entonações e pausas e alterações no acento final das sílabas e vogais. Essas características prosódicas da fala já estão disponíveis na vida pré-natal desde a 28ª semana de gestação, quando a audição se torna funcional, portanto os prematuros a partir da 28ª semana já são respondentes ao mamanhês.

A atenção e busca auditivas de um bebê são aumentadas por um processo de feedback e aprendizagem, já que, por um lado, o interesse do bebê pela voz da mãe a induz a falar mais com ele e, por outro, a atenção que o bebê lhe dedica tem o efeito de aumentar as vocalizações da mãe e outros comportamentos orientados para ele, o que leva o bebê a prestar ainda mais atenção... Desse modo mutuamente reforçador,

a interação entre eles tende a aumentar. Assim, o uso do mamamês pela mãe e do balbucio, como resposta a ela, pelo bebê, funciona como um forte indicador do estabelecimento de uma interação ativa entre eles (Bowlby, 1990; Klaus & Klaus, 1989; Klaus & Kennel, 1992).

E ainda, alguns estudos demonstram que o recém-nascido sincroniza seus movimentos segundo o ritmo da voz da mãe (Condon & Sander, 1974). Brazelton & Cramer (1992) destacam a consideração que fazem Condon & Sander (1975) dessa sincronia como um grande poder de adaptação mútua na primeira infância: os pais descobrem qual a altura e o ritmo de som que cativa seu bebê, que se movimenta ao som da voz dos pais.

Quanto à sincronia mãe-bebê, Brazelton (1988) e Brazelton & Cramer (1992) observam ainda que o padrão de pausa/ atividade durante a sucção está muito associado à interação humana durante a amamentação, como se essas pausas fossem dirigidas para a absorção de mais informação da pessoa que o está alimentando, o que, por outro lado, reforça as tentativas de comunicação por parte dos pais. Logo, a presença da sincronia pode funcionar como um bom indicador da existência de uma relação mãe-bebê satisfatória.

Como mencionado antes, a estimulação tátil é considerada por Bowlby (1990) como participando da promoção do comportamento de apego. A pele é nosso maior órgão sensorial e o sentido do tato é acionado desde a vida fetal, onde os bebês são acariciados pelos tecidos e líquidos mornos que os cercam no útero materno. Os recém-nascidos prematuros respondem aos aspectos do tato, como temperatura, textura, umidade, pressão e dor (Klaus & Klaus, 1989). O sentido do tato é essencial, não apenas como forma de satisfação e possibilidade de exploração do mundo, mas, sobretudo como início de contato com o outro.

A estimulação olfativa também é importante para a promoção do comportamento de apego (Bowlby, 1990). Nos recém-nascidos, o olfato é extremamente sensível. Eles são capazes desde o nascimento de distinguir os odores atrativos ou repelentes e esta distinção os ajuda a adaptar-se ao seu novo ambiente. O conhecido estudo de MacFarlane (1975, apud, Brazelton & Cramer, 1992; Klaus & Klaus, 1989; Maldonado, 1997; Schaal, Herlting, Montagner, & Quichon, 1981) revela que os recém-nascidos de uma semana de idade já são capazes de distinguir o cheiro do protetor de seios da sua mãe do de outras mães lactantes, porém não apresentam tal capacidade aos dois dias de idade. Com relação a esse estudo, Klaus & Klaus (1989) destacam que os bebês

respondem ao cheiro especial da própria mãe, não necessariamente ao cheiro do leite, e, que à medida que aumenta a idade do bebê, tal preferência pelo odor materno torna-se mais pronunciada.

Cernoch & Porter (1985) observam no seu estudo com recém-nascidos de duas semanas de idade, em aleitamento no peito, e outro grupo da mesma idade, em aleitamento por mamadeira, que aqueles aleitados ao peito tornam-se rapidamente mais capazes de reconhecer o cheiro da axila das suas mães, tornando-se, desta forma, familiarizados com a *assinatura olfativa* única das suas mães.

Também as mães são capazes de identificar seus bebês pelo cheiro. Schaal, Herlting, Montagner, & Quichon (1981) acrescentam ao estudo de MacFarlane (1975) a versão materna do reconhecimento do odor. Neste estudo, mais de 60% das mães que tiveram um contato enriquecido com seus bebês (tiveram seus bebês sobre o ventre durante 40 minutos após o parto, durante os quais o bebê foi levado ao seio e, após os primeiros cuidados da equipe de saúde, retornaram por 15 minutos às suas mães) reconheceram os mesmos pelo odor, dez dias após o nascimento. Esse resultado demonstra que a mãe reconhece o odor do seu filho, pelo menos desde que tenha um contato corporal com ele no nascimento.

No que se refere à importância do aleitamento para o desenvolvimento sensorial do bebê, Bowlby (1990) a localiza, não numa possível função reforçadora da alimentação, como muitos estudiosos supunham, mas nas possibilidades de estimulação sensorial e de interação social promovidas pelo contato íntimo mãe-bebê. Ele observa que desde os primeiros dias de vida os bebês apresentam o padrão de orientar-se para o seio materno ou mamadeira antes que seu rosto e boca entrem em contato com um deles e que os bebês que têm um contato corporal mínimo ao serem amamentados apresentam lentidão no desenvolvimento dessa orientação antecipatória, que, segundo ele, é eliciada no começo por estímulos táteis e/ou proprioceptivos recebidos pelo bebê quando colocado na posição de mamar e só a partir do terceiro mês é eliciada pelo que o bebê vê.

Considerando-se o valor adaptativo das capacidades sensoriais dos recém-nascidos, muitos autores observam que esses *dots sensorios* são essenciais, na medida em que provocam a responsividade do cuidador primordial, desde os primeiríssimos contatos com o outro (Vurpillot, 1972; Meltzoff & Moore, 1985). Dessa maneira, estando o prematuro menos capacitado para interagir satisfatoriamente com a sua mãe, a responsividade materna nesta díade pode ser negativamente afetada?

A responsividade materna é definida por Lordelo, Fonseca & Araújo (2000) como sendo *"o grau de ajuste do ambiente aos estados comportamentais da criança. Isso envolve o modo como o adulto altera o seu comportamento, assim como aspectos do ambiente físico circundante, ao nível das demandas e limitações da criança. Nesses padrões de comportamento, o adulto, em geral, age inconscientemente"*(p 03).

Tem sido preocupação de diversos autores demonstrar a qualidade interativa e co-constructiva entre, de um lado, as competências do recém-nascido e, de outro lado, a responsividade materna, entendendo essa colateralidade como essencial para a sobrevivência e desenvolvimento do indivíduo e da espécie. (Klaus & Klaus, 1989; Klaus & Kennel, 1992; Brazelton & Cramer, 1992; Brazelton, 1981; Wendland-Carro & Piccinini, 1995; Ainsworth, 1981; Bowlby, 1981)

Sabemos que todas essas competências do recém-nascido, inclusive do prematuro, contribuem para a vinculação do apego, servindo como estímulo a responsividade materna. Sob essa perspectiva, é de interesse focalizar a responsividade do ambiente social, concentrando o olhar especialmente na figura materna, já que o cuidador primário é o responsável pelo estabelecimento das interações do bebê com o ambiente, conduzindo esse processo, quando possível, de maneira adaptada às habilidades da criança, embora sem perder de vista que o desenvolvimento humano é uma construção compartilhada pela criança e pelo adulto, porém atribuindo-se a este último um maior peso nas fases iniciais do desenvolvimento, sendo que esse equilíbrio tenderia a transformar-se com o tempo e como efeito do próprio desenvolvimento (Lordelo, Fonseca & Araújo, 2000).

Pederson, Moran, Sitko, Campbell, Ghesquire e Acton (1990), observaram uma correlação alta entre a qualidade do apego desenvolvido e a responsividade materna; enquanto Isabela e Belsky (1991), encontraram relação entre díades mãe-filho demonstrando apego seguro e uma proporção alta de interações bem reguladas no tempo, recíprocas e prazerosas; já nas díades em que se encontrou apego inseguro, as mães eram pouco envolvidas, não responsivas ou intrusivas.

Klaus & Kennel (1992) consideram que o comportamento de apego dos pais com relação ao seu bebê seria o produto da complexa interação entre sua própria herança genética, das respostas do bebê a eles, do cuidado que o pai/mãe recebeu de seus próprios pais, das tradições da cultura, dos relacionamentos dentro da família, das experiências com gravidezes anteriores e do planejamento, curso e eventos durante a gestação. Este comportamento

receberia, ainda, influências das práticas de atendimento, decorrentes das políticas de atendimento hospitalar, tais como: o comportamento do pessoal da equipe hospitalar, o atendimento e apoio recebido durante o parto, a separação da mãe e do filho durante os primeiros dias após o parto e das regras do hospital.

Devemos, então, tecer algumas considerações acerca da hospitalização enquanto primeiríssimo contexto de desenvolvimento dos prematuros e as dificuldades que tal situação impõe a sua interação social, orientados para este fim pelo questionamento a respeito de possíveis efeitos sobre o desenvolvimento satisfatório do processo de apego. Começemos por uma das principais conseqüências da hospitalização de um recém-nascido: a separação precoce da mãe.

Bowlby (1990), ao analisar alguns estudos a respeito da separação prolongada mãe-bebê sobre o desenvolvimento do processo de apego, assinala que na maioria dos bebês criados em famílias o comportamento de apego está presente por volta dos seis meses de idade, mas que, na maioria das crianças criadas em instituições, este só se apresenta mais tarde, variando ainda conforme o tipo de instituição em que a criança esteve, já que, após o regresso ao lar, os bebês que tinham estado num lar infantil desenvolveram o apego à mãe muito mais cedo do que aqueles que haviam estado hospitalizados. Ele observa ainda que, desde que as condições sociais estejam acima de um mínimo, a prontidão para desenvolver o apego pode ser mantida, em alguns bebês, até o fim do primeiro ano, no entanto, depois dos seis meses de idade, as condições para o desenvolvimento do apego tornam-se complicadas.

Lis (2000) estudou o apego em crianças criadas em instituições e observou que a maioria delas (80%) apresentou padrão de apego considerado inseguro-ambivalente e que todas as crianças formaram laços inseguros com suas mães substitutas, porém, após a adoção, as crianças foram capazes de normalizar as relações interpessoais e seu desenvolvimento atingiu rapidamente a normalidade, especialmente nas esferas da linguagem e sócio-pessoal, além do que os distúrbios de comportamento desapareceram após a adoção.

O isolamento da mãe do recém-nascido e de ambos da própria família, em decorrência da hospitalização, tem sido considerado através de estudos sobre a *privação da mãe* e seus efeitos prejudiciais sobre o desenvolvimento infantil (Bowlby, 1981, 1984, 1998, 1990; Brazelton, 1988; Brazelton & Cramer, 1992).

A privação da mãe é caracterizada por Bowlby (1981, 1984, 1998, 1990) como sendo a situação na qual o bebê ou criança pequena não encontra a possibilidade da vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe (ou substituta permanente – uma pessoa que desempenha, regular e constantemente, o papel de mãe para ele), na qual ambos encontrem satisfação e prazer.

"(...) trata-se da privação que ocorre quando um bebê ou criança pequena vive numa instituição ou hospital onde não dispõe de mãe substituta e onde recebe cuidados maternos insuficientes e, como resultado, tem pouca oportunidade para manter uma interação com uma figura materna" (Ainsworth, 1981, p 177).

Atualmente tem sido dada uma maior atenção aos efeitos nocivos da separação precoce mãe-bebê causada pelo internamento prolongado, que pode levar até ao abandono do bebê no hospital, por seus pais. Visando amenizar os prejuízos dessa separação, algumas medidas têm sido tomadas no sentido de aproximar os pais dos seus bebês durante o internamento nas UTIs Neonatais, inserindo-os nos cuidados dos recém-nascidos e ambientando-os na rotina da unidade.

Quanto a isso, Field (1980) realizou um estudo sobre os sobreviventes de síndrome de angústia respiratória em 1975 versus sobreviventes de 1970, no qual observou um desempenho melhor nas escalas de desenvolvimento aos quatro anos de idade entre os sobreviventes mais recentes, o que foi atribuído não apenas ao desenvolvimento tecnológico da terapia intensiva neonatal neste período, mas, sobretudo, às mudanças nas práticas de atendimento, como o encorajamento para a visita dos pais e o aleitamento materno.

Já Barnett, Leiderman, Grobstein, & Klaus (1970), observaram diferenças entre as mães recebidas no berçário e aquelas excluídas, as que entraram no berçário mostravam um maior comprometimento com o filho, mais confiança em suas capacidades como mãe e maiores habilidades de estimulação e atendimento ao bebê.

Como também, alguns estudos sobre o papel materno e o desenvolvimento do bebê (Klaus & Kennel, 1992) revelam que, se um pequeno prematuro é tocado, embalado, acariciado ou trazido ao colo diariamente, durante sua permanência na UTI, ele apresenta menos período de apnéia, um ganho de peso aumentado e um avanço em algumas áreas de funcionamento do sistema nervoso central.

Devemos pensar as especificidades da capacidade de interação social do bebê prematuro não apenas considerando sua imaturidade neurológica, mas também,

levando em conta as restrições que a situação de hospitalização provoca sobre esta capacidade e, conseqüentemente, sobre a responsividade materna.

Os bebês prematuros em UTIs Neonatais têm os olhos vendados durante os primeiros dias de internamento como proteção contra o calor dos berços aquecidos em que ficam alojados antes de mudarem para as incubadoras – estes calor poderia ressecar-lhes os olhos. É bastante freqüente que os pais sintam-se angustiados por não poderem ver os olhos dos seus filhos quando estes se encontram nesta situação ou mesmo quando dormem muito ou quase não abrem os olhos. Esta reação de angústia em não ver os olhos dos filhos e a necessidade que demonstram em fazer contato face a face com os seus bebês demonstra bem a importância da interação visual para a comunicação entre a díade.

Outro desencadeador de angústia nos pais de prematuros hospitalizados é não poder ouvir a voz dos seus bebês quando estes se encontram entubados para o uso de ventilação mecânica – o tubo até a traquéia impede que o som do choro do bebê ressoe no ambiente, o que se observa, então é um choro sem som. Nessas situações é comum que os pais se calem, deixando de falar com seus bebês, numa demonstração da necessidade de reciprocidade das interações.

Nas UTIs Neonatais, além da superestimulação sensorial, como som de alarmes dos aparelhos; conversas de uma equipe numerosa e algumas vezes estressada em situações de urgência; luzes intensas durante o dia e a noite; luzes da fototerapia; odores fortes como os de alguns medicamentos e do éter; encontramos também, talvez tão presente quanto a sobrecarga sensorial, algumas situações de redução da estimulação sensorial, tais como o reduzido contato físico afetivo, que não se limite a procedimentos médicos; a impossibilidade dos prematuros extremos ou daqueles em uso de procedimentos invasivos irem ao colo; a diminuição dos cuidados maternos aos bebês em estado grave; a redução do toque nos bebês em risco eminente de vida; a impossibilidade de aleitamento materno devido a prematuridade; a não alimentação por via oral; a privação total de dieta; a proibição da presença de amigos e familiares, além dos pais e avós, privando os pais dos bebês do reconhecimento e aprovação do seu produto; as restrições ao ambiente e à rotina da unidade, dentre outras.

Como visto acima, o olfato, assim como a gustação podem estar na origem das vias de comportamentos recíprocos que terão um papel importante na gênese da comunicação com a mãe e com os outros (Schaal, Herlting, Montagner, & Quichon, 1981). No caso

do prematuro esta comunicação pode ser restringida pelas limitações impostas pela própria imaturidade física e pelas restrições impostas pela hospitalização.

Os bebês internados em decorrência da sua prematuridade, além de ficarem dentro de incubadoras fechadas, podem fazer uso prolongado de oxigênio, seja através da traquéia ou das narinas e, se com muito baixo peso ou em uso de ventilação mecânica ou de dreno de tórax, por exemplo, são impedidos de ir ao colo materno; isto tudo reduz em muito sua estimulação olfativa. Se o bebê está liberado para o colo da mãe esta é uma ótima oportunidade de estimulação sensorial, inclusive a aproximação olfativa mãe-bebê que pode ser facilitada pelo *método mãe-canguru*, no qual o bebê é enfaixado sobre o tórax materno, estabelecendo, assim, íntimo contato com o corpo da mãe; seus odores; sons conhecidos em útero, como os batimentos cardíacos e os ruídos dos movimentos peristálticos; sua voz; sua face e seu olhar.

Os bebês prematuros só são capazes de coordenar a sucção com a deglutição a partir da 34ª semana gestacional, antes disso são mantidos em alimentação através de sondas orais, pelas quais recebem o leite materno ordenhado por suas mães no lactário do hospital ou leite artificial nos casos em que as mães estejam muito estressadas e não consigam *ordenhar*. Assim, quando o bebê é um prematuro extremo ele pode ficar muito tempo privado do aleitamento materno, só iniciando seu treinamento de sucção/deglutição ao atingir a 34ª semana de idade gestacional, o que os deixa até atingirem esta idade, privados desse íntimo contato com a mãe e das estimulações e interações daí decorrentes.

Além do sobrecarga sensorial e, em algumas situações, como as acima descritas, da privação ou diminuição do contato com os pais, esses bebês prematuros hospitalizados estão, muitas vezes, submetidos a procedimentos dolorosos ou a dor da própria patologia a qual estão acometidos. Por muito tempo supunha-se que o recém-nascido não sentia dor, por acreditar-se que seu cérebro era muito imaturo para registrar essa sensação. Atualmente já se sabe que os recém-nascidos, inclusive os prematuros, têm componentes anatômicos e funcionais necessários para a percepção da dor (Guinsburg, 2002).

A certeza, por parte das mães, de que seus bebês submetidos à terapia intensiva estão sujeitos à dor provocada por inúmeros procedimentos, tais como sondas nasogástricas, cateterismos, pulsões de veias e artérias, sonda vesical, dreno de tórax, coletas de sangue, entubação para ventilação respiratória e tantos outros procedimentos

invasivos, além da própria situação de exposição prolongada à sobrecarga sensorial, privação de sono e de alimentação (*dieta zero*), em muito contribui para seu afastamento da unidade de internação e o abandono do bebê durante sua hospitalização e mesmo após a alta hospitalar.

Assim, as expectativas e sentimentos maternos em relação a seu bebê devem desempenhar algum papel na formação do vínculo de apego, uma vez que este é fortemente dependente de seu desempenho na díade, um fenômeno confirmado em inúmeros estudos sobre o papel da sensibilidade materna na formação do apego.

Por exemplo, Pederson, Gleason, Moran & Bento (1998), propuseram a sensibilidade materna como tendo o papel de mediador da forte associação entre a representação materna de apego e a qualidade da relação de apego mãe-bebê. No seu estudo, 60 díades mãe-bebê foram observadas em casa e aos 13 meses *na Situação Estranha*, tendo as mães participado da *Entrevista sobre o Apego Adulto* nos seis meses seguintes. Esses autores encontraram uma forte associação entre os resultados da entrevista sobre apego adulto e os resultados da situação estranha: mães autônomas eram mais sensíveis em casa durante as interações com seus bebês do que as não-autônomas; mães em relacionamentos seguros em casa eram mais sensíveis que àquelas em relacionamento não seguro.

Claussen & Crittenden (2000) questionam uma definição precisa de sensibilidade materna, como influência essencial nos resultados dos estudos sobre sensibilidade materna como preditor do padrão de apego, concluindo que um consenso absoluto do significado de sensibilidade não é necessário desde que seja realizada uma ampla discussão a respeito dessas questões, combinada com a explicitação de afirmações sobre o significado dos construtos e do processo de operacionalização dos construtos em cada estudo.

Segundo elas, a responsividade materna freqüentemente não é diferenciada da sensibilidade materna, como, por exemplo, na mensuração da escala original de Ainsworth (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974), na qual a sensibilidade incorpora a dupla habilidade de perceber e de interpretar os sinais da criança de maneira acurada, assim como a habilidade de responder apropriadamente e com prontidão a esses sinais, o que, segundo as autoras, não seria preciso já que sensibilidade e responsividade não estão necessariamente ligadas, pois alguns pais podem ler os sinais dos bebês e não responder a eles apropriadamente (Claussen & Crittenden, 2000).

Um outro ponto a ser esclarecido na definição de sensibilidade, proposto por Belsky & Isabella (1988), é que a sensibilidade deve ser tomada como pertencente à natureza da díade e não como uma característica pessoal do cuidador, já que não depende apenas da leitura acurada dos sinais do bebê, como também da habilidade da criança em sinalizar para seus pais. Assim, na perspectiva do apego, sensibilidade deve ser melhor definida como a habilidade de determinar quando proteção e conforto são necessários (Claussen & Crittender, 2000).

Como a sensibilidade materna varia a depender das possibilidades de papéis que os pais podem assumir nas relações com seus filhos, numa relação diádica, o comportamento da criança pode assinalar coisas diferentes e, em resposta a esses sinais, os pais funcionam em diferentes papéis, como protetor, professor e companheiro de jogos, por exemplo. Daí ser essencial considerar diferentes definições de sensibilidade e de respostas dos pais para diferentes contextos (Claussen & Crittenden, 2000). Quanto a isso, Grossmann & Grossman (2000), afirmam que a sensibilidade parental pode ajudar a criança a se tornar adiantada no seu desenvolvimento. Segundo eles, a cultura alemã é especialmente descrita como dando ênfase ao aspecto educativo do papel parental, assim, por seguirem o objetivo cultural do avanço cognitivo da criança, visando o avanço acadêmico, os pais alemães podem dedicar maior sensibilidade aos sinais exploratórios das crianças do que os pais de culturas onde o ensino não é enfatizado. Eles encontraram em seus estudos que a sensibilidade de mães alemãs como figura de apego (no sentido de atendimento às necessidades de segurança do bebê), não eram diretamente preditivas da habilidade de promover, como professor ou companheiro de jogo, o desenvolvimento da criança.

Assim, cada um desses papéis é importante para o desenvolvimento da criança como um membro da sociedade e a função evolucionária central da sensibilidade do cuidador, como relacionada com o apego, é promover a necessidade de segurança da criança (Bowlby, 1982).

Algumas pesquisas mostram a associação entre o padrão de apego das crianças e aspectos da interação pais-crianças em outros tipos de interações, já que a sensibilidade dos cuidadores reflete não apenas a sensibilidade aos sinais da criança relativos à proteção e conforto, como também ao contexto no qual esses sinais são emitidos. Nesse sentido, Lippen & Crittenden (2000) propõem que até mesmo a segurança das crianças é afetada pelas características culturais do meio, como, por exemplo, na cultura egípcia, na qual diferentes condições de sobrevivência afetam

meninas, quando comparadas com meninos, o que determina que o comportamento de sensibilidade dedicado às meninas deve diferir daquele dedicado aos meninos. Ou ainda, como afirmam Ahnert (2000), na Rússia e na Alemanha Oriental, os pais são tão encorajados a preparar seus filhos para transitarem na sociedade, de tal forma que a proximidade entre mães e crianças não é valorizada.

Numa perspectiva sócio-ecológica, o objetivo da sensibilidade parental deveria ser o de otimizar a sensibilidade das funções parentais para promover a adaptação global da criança do que apenas o seu conforto ou felicidade em momentos específicos. Logo, as figuras de apego funcionam na zona proximal do desenvolvimento das crianças (Vigotsky, 1987), assim, quando as zonas mudam, a sensibilidade parental modifica seu comportamento. Dessa forma, se as figuras de apego são consideradas como operando na zona proximal de desenvolvimento das crianças, os pais devem ajustar constantemente seus comportamentos ao melhoramento das habilidades das crianças de se protegerem de perigos e prover orientação na medida em que as crianças são expostas a novos perigos. Conseqüentemente, pais que são sensíveis às necessidades de bebês não são necessariamente capazes de responderem sensivelmente às necessidades de crianças pré-escolares e vice-versa. Assim, a sensibilidade deve ser examinada para cada contexto de desenvolvimento, e para ser bem entendida, deve ser dada particular atenção ao contexto imediato e ao contexto de longo termo, nos quais importantes informações sobre a relação pais-crianças podem ser encontradas (Claussen & Crittenden, 2000).

É importante destacar que nos seus estudos originais, Ainsworth tratou a sensibilidade como pertencente à resposta da mãe ao comportamento de apego da criança. Como esse componente de apego da relação mãe-bebê tem o objetivo de proteger a criança do perigo, devido ao seu significado de sobrevivência, esse é um aspecto universal e necessário da sensibilidade e aplicado para todos os humanos. E, como o perigo varia culturalmente e dentro de diferentes períodos do desenvolvimento, comportamentos protetores apropriados também devem variar (Claussen & Crittenden, 2000).

Crittenden (2000), propõe, então, que uma teoria dinâmica-maturacional do apego pode melhor dar conta do processo de desenvolvimento, da grande amplitude de variação vista no comportamento adulto e da adaptação humana sob todos os tipos de condições geográficas e sociais, do que pode a teoria que enfatiza a continuidade reprodutiva dentro dos padrões de Ainsworth. Já que adaptação e flexibilidade são as marcas características do ser humano, a mudança é o processo pelo qual os atingimos,

o que está em conformidade com a noção de Bowlby dos caminhos do desenvolvimento em ambos os ramos: nos momentos esperados, em termos dos efeitos maturacionais e nos momentos não esperados, como resultado da acomodação a eventos imprevisíveis. Logo, a linear e quase determinista armadilha que alguns pensam que a teoria do apego impõe ao desenvolvimento depois da infância não é possível, já que a maturação abre a possibilidade para a acomodação contínua a uma crescente realidade e os eventos externos oferecem oportunidades de usar essas possibilidades intelectuais. O passado é fixado, mas seu significado é re-escrito toda vez que é evocado. Isso está em conformidade com o que diz Lacan (1998, p 252-257):

"não se trata de uma análise causalista, que visaria transformar o sujeito em seu presente através de douras explicações do seu passado (...) não se trata, na anamnese psicanalítica, de realidade, mas de verdade, porque o efeito de uma fala plena é reordenar as contingências passadas dando-lhes o sentido das necessidades por vir, tais como as constitui a escassa liberdade pela qual o sujeito as faz presentes".

A evidência de que os efeitos do padrão de apego sobre o subsequente desenvolvimento deve ser contingente ao contexto no qual a criança continua a se desenvolver, é examinada por Belsky & Fearon (2002) em um estudo no qual investigaram o efeito do apego (aos 15 meses) no desenvolvimento sócio-emocional, cognitivo e lingüístico (aos 36 meses), diretamente e em relação com o contexto de risco cumulativo. Esses autores encontraram como resultados que, especificamente, crianças inseguras-esquivas demonstram maior vulnerabilidade ao contexto de risco, não crianças classificadas como seguras ou inseguras mais genericamente, já que o apego seguro parece operar de acordo com os mecanismos de risco e resiliência. No domínio sócio-emocional, os resultados indicaram que o apego seguro não está muito associado com melhores resultados ou é protetor contra risco contextual, porém apego inseguro-esquivo está associado com resultados pobres, particularmente em níveis moderados de risco contextual. Com respeito à compreensão lingüística, crianças com histórias de apego inseguro-esquívos tiveram performances mais pobres, independente do nível do risco contextual. Notavelmente, para possibilidades de competência social e linguagem expressiva, crianças resistentes também mostraram um grande déficit, mas apenas no mais alto nível de risco. Surpreendentemente, crianças classificadas como desorganizadas pareceram não estar em alto risco para funcionamento pobre na idade de três anos do que crianças da mesma idade com história de apego seguro. Esses

autores concluíram, então, que o apego seguro não promove qualquer vantagem desenvolvimental, em contraposição ao apego inseguro, que prejudicaria o desenvolvimento. Em vez disso, é o apego inseguro-esquivo e, talvez, inseguro-resistente, que pode ser visto como um fator de risco ou como um fator susceptível a riscos contextuais para o desenvolvimento.

Segundo Colin (1996), associações entre apego precoce e futuro desenvolvimento são mais consistentes no que diz respeito ao aspecto sócio-emocional que às funções cognitivas ou lingüísticas. E, para Belsky & Fearon (2000), quando se trata de examinar o papel do apego seguro em prever o futuro desenvolvimento seria mais apropriado conceitualizar o apego em termos de risco ou de fator protetor, já que, a depender das condições ou da população, nem sempre é possível estabelecer ligações entre apego e futuro desenvolvimento. Assim, seria melhor pensar o apego precoce como moderando os efeitos do risco contextual no desenvolvimento subsequente. Portanto, por um lado, o poder preditivo do apego será grande sob condições sócio-contextuais de alto risco e, por outro lado, o poder do apego precoce como preditor do futuro desenvolvimento deve ser limitado sob condições de baixo risco. Ou ainda, dito de outra maneira, o apego seguro irá moderar os efeitos do contexto social no desenvolvimento e o apego inseguro, por sua vez, irá amplificar o risco associado ao risco contextual, ao passo que o apego seguro irá proteger contra isso.

Em adição à sensibilidade materna aos sinais do bebê, alguns estudos indicam que as características do bebê também exercem um importante papel na formação das relações de apego (Goldsmith & Alansky, 1987). O próprio Bowlby (1982), no seu trabalho sobre a teoria do apego, afirmou que os achados sobre as influências da qualidade do cuidado recebido sobre o desenvolvimento do padrão de apego, não excluem o fato do bebê desempenhar um papel nessa relação.

Tomemos a prematuridade como uma característica do bebê que nos interessa particularmente no presente estudo. O nascimento prematuro, uma condição de risco biológico, tem sido associado a uma variedade de dificuldades na interação mãe-bebê (Field, 1979). Durante os primeiros meses de vida, bebês prematuros, com baixo peso ao nascimento, são menos alertas, ativos e responsivos, menos capazes de darem claros sinais de incômodo e são mais facilmente estressáveis e sobrestimuláveis do que bebês nascidos a termo (DiVitto & Goldberg, 1979; Field, 1977). Frodi & Thompson, 1985; Zeskind & Lester (1978) descrevem os prematuros como tendendo a apresentar um choro aversivo, coordenação motora pobre, a sorrir menos e a exibir maior aversão

ao olhar. Eles são também, segundo esses autores, mais irritáveis e mais difíceis de confortar que os bebês nascidos a termo.

E ainda, os bebês nascidos prematuramente que têm experiência de complicações de saúde no período neonatal apresentam maiores dificuldades interacionais que os pré-termos com menos complicações médicas (Poehlmann & Fiese, 2001). Nesse sentido, Daily & Wilson (1987) afirmam que crianças deficientes podem ser incapazes de participar em alguma das interações mãe-bebê que normalmente elicitam e facilitam o apego materno. A esse respeito, Mann (1992) afirma que crianças de alto risco têm feições físicas menos atrativas e seus pais são propensos a lhes atribuir várias características negativas, o que deve conduzir para uma aversão adicional e negligência sobre eles. Assim, alguns autores concluem que crianças prematuras parecem contribuir para dificuldades em despertar regulação por promover comportamentos menos claros e interpretáveis pelos seus pais (Biggsby, Coster, Lester & Peucker, 1996).

Quanto ao desenvolvimento infantil, crianças nascidas com baixo peso e prematuras maiores que um ano de idade mostram menos exploração, brincadeiras e interação verbal, têm maior frequência de comportamento de estresse e se engajam mais em padrões de apego ansioso e resistente comparadas com crianças nascidas com peso normal. Especialmente se a prematuridade está associada a outro fator de risco, como doença ou limitações econômicas (Wile, 1991).

Poehlmann & Fiese (2001) citam alguns estudos a respeito do relacionamento entre bebês nascidos prematuramente e suas famílias, como, por exemplo, o estudo de Marcey et. al. (1987) no qual 70% das mães de pré-termos relatam que o nascimento prematuro dos seus filhos produziu efeitos negativos sobre a família que resultaram em dificuldades financeiras e problemas conjugais e, em comparação, 82% das mães de bebês nascidos a termo consideram que o nascimento dos seus filhos trouxe mudanças positivas para a família. Poehlmann & Fiese (2001) citam ainda o estudo de Bannett & Slade (1991) no qual encontraram que mães de bebês de alto risco reportam mais estresse emocional, mais preocupações com relação a elas próprias e aos seus bebês que as mães de bebês de baixo risco. Porém, apesar de muitos estudos terem demonstrado elevação no estresse materno em mães de prematuros, segundo Poehlmann & Fiese (2001), após um curto período após o nascimento, entre seis e doze meses, as mães de pré-termo e as mães de bebê a termo passam a

experimentar níveis comparáveis de estresse, claro que dependendo da severidade de complicações na saúde neonatal.

A literatura tem indicado que, na relação entre a criança em risco para o desenvolvimento infantil e seu cuidador, os últimos exercem um papel dominante nessa interação durante um longo período quando comparados a cuidadores de crianças não expostas a tais riscos (Mancini, Megale, Brandão, Melo & Sampaio, 2004). Esses autores identificam uma tendência dos cuidadores de crianças nascidas pré-termo a lhes prestar ajuda excessiva na execução de tarefas funcionais, o que pode ser explicado, segundo eles, à falta de resposta das crianças, onde a maior participação dos pais decorreria da menor participação dos filhos na realização das tarefas, como também, outro fator apontado por eles como associado ao excesso de ajuda dos cuidadores de prematuros refere-se às expectativas desses pais quanto às necessidades de seus filhos, talvez subestimando as habilidades dessas crianças.

Leroux, Malcuit & Pomerleau (1999) compararam o temperamento e o desenvolvimento de bebês prematuros e bebês nascidos a termo, assim como, avaliaram a qualidade e quantidade de estimulação psíquica e social que eles experimentaram aos dois, quatro e seis meses de idade (idade corrigida para os prematuros), concluindo que as diferenças significativas aparecem no plano da estimulação social: aos dois meses, as mães dos prematuros obtêm os escores mais baixos de sensibilidade-contingência e fazem mais estimulações distais que as mães de bebês nascidos a termo. Durante os seis primeiros meses, os bebês prematuros passam mais tempo em atividades com pessoas do seu meio imediato, enquanto os bebês nascidos a termo saem bem mais de casa e quando em casa têm muito mais interações com pessoas do ambiente social mais amplo. Estes autores advertem que essa estimulação recebida pelos prematuros pode ter um impacto futuro sobre o desenvolvimento infantil.

Por outro lado, no que diz respeito às mães de prematuros, DiVitto & Goldberg (1979) as caracterizam como sendo menos ativamente envolvidas com seu bebês recém-nascidos que as mães de bebês nascidos a termo, assim como, as famílias dessas crianças é descrita como experimentando significativo estresse devido a prematuridade dos seus bebês (Diniz & Góes, 1999).

Com relação aos fatores sociais presentes na interação entre os prematuros e seus cuidadores, Mancini, Megale, Brandão, Melo & Sampaio (2004) encontraram a atuação de efeito moderador do nível socioeconômico na relação entre risco biológico e

independência em atividades de função social. Nesse estudo, crianças pré-termo de famílias com o nível socioeconômico baixo receberam maior assistência do cuidador nas tarefas funcionais do que as crianças a termo com o mesmo nível socioeconômico, enquanto que as crianças pré-termo com nível socioeconômico alto receberam assistência semelhante, independente da condição de nascimento a termo ou pré-termo. Esses autores concluem, então que o nível socioeconômico, geralmente associado à baixa escolaridade dos pais, pode contribuir para a dificuldade de compreender que a condição de vulnerabilidade biológica à qual essas crianças foram expostas no período neonatal não se perpetuam ao longo do desenvolvimento. Carvalho, Linhares e Martinez (2001) afirmam a esse respeito que a interação entre fatores de risco biológico (prematuridade e muito baixo peso ao nascimento) e de risco social (adversidade familiar) podem provocar problemas sócio-emocionais nas crianças, já que mães de crianças pré-termo com baixo nível educacional relataram mais problemas de comportamento em suas crianças, quando comparadas com o grupo controle.

Assim, segundo Bradley, Whitiside, Caldwell, Cassey, Kelleher, Pope, Swanson & Cross (1993) ambientes que apresentem, pelo menos, três fatores protetores (responsividade parental, aceitação do comportamento da criança, disponibilidade de brinquedos) favorece o aparecimento de sinais precoces de resiliência na criança.

Dessa forma, apesar das dificuldades interativas precoces e do estresse familiar, alguns estudos encontraram que prematuros não possuem um maior risco de desenvolverem relações de apego inseguro com seus cuidadores, comparados com bebês a termo (Goldberg, Perrotta, Minde & Corter, 1986; Frodi & Thompson, 1985). Nesse sentido, Brazelton (1981) parece evocar a relação risco-resiliência, ao afirmar que entre os prematuros o desenvolvimento do apego se dá de forma menos tranqüila, porém *"não existem razões para que o resultado eventual não seja bastante gratificante. Na verdade, o esforço para a superação das dificuldades pode ser uma forte força para o apego"*(p 69).

Porém, se a prematuridade em si mesma não é preditora direta do aumento de risco para o desenvolvimento do apego inseguro, alguns estudos demonstram que a prematuridade, enquanto uma vulnerabilidade do bebê, quando associada a uma vulnerabilidade materna, como a depressão, por exemplo, pode estar associada ao aumento de risco para apego inseguro no desenvolvimento subsequente (Poehlmann & Fiese, 2001). Teti (2000) conclui a respeito dos efeitos da depressão materna sobre o

padrão de apego que essa associação está na dependência da severidade e do caráter bipolar e crônico da depressão.

Poehlmann & Fiese (2001) buscaram em seu estudo documentar um exemplo de como as vulnerabilidades maternas e do bebê interagem para contribuir para a qualidade das relações precoce de apego. Através da observação, após 12 meses do nascimento, de 42 bebês pré-termos, com baixo peso ao nascimento e de 42 bebês nascidos a termo, os sintomas depressivos maternos, as características de saúde neonatal e o apego mãe-bebê foram investigados. Os resultados indicaram que o nascimento pré-termo moderou a relação entre os sintomas depressivos maternos e a qualidade do apego mãe-bebê, mesmo depois de controlado o nível de complicações de saúde neonatal. Bebês prematuros com mães mais sintomáticas tenderam a ser mais classificados como apegados inseguramente às suas mães, ao passo em que, nenhuma relação direta entre sintomas sub-clínicos depressivos e apego foi encontrada para bebês a termo. Houve, ainda, uma modesta relação entre as complicações de saúde do bebê e os sintomas depressivos das mães.

Esses autores especularam, então, que o nascimento prematuro de um bebê frágil do ponto de vista médico deve iniciar um processo transacional, no qual a chegada prematura do bebê, seguida das suas complicações de saúde deve servir para aumentar o estresse materno e diminuir a responsividade. Além disso, as dicas do comportamento do pré-termo, medicamente fragilizado, devem ser difíceis de ler, requerindo um alto nível de sensibilidade parental para alcançar a regulação interacional (Poehlmann & Fiese, 2001).

Já Poehlmann & Fiese (2001) afirmam que a mãe parece desempenhar um papel mais importante do que a criança na formação da qualidade da relação de apego, já que, no seu estudo, grupos identificados primariamente por problemas das crianças, como prematuridade ou deficiências físicas, mostraram distribuição de apego similar àquelas encontrados no grupo controle, no entanto, grupos identificados primariamente por problemas maternos, tiveram distribuição de apego altamente diferente do grupo controle.

Assim, diante das limitações impostas pela prematuridade, a interação observada no presente estudo se passa entre, por um lado, mães impactadas pela situação de risco dos seus bebês, desiludidas frente à perda do *bebê ideal* imaginariamente concebido e gestado, confrontadas com a baixa responsividade dos seus filhos e, por outro lado, os bebês, cujas competências encontram-se reduzidas pela condição de prematuridade.

Diante dessa situação, sendo o apego essencial para o desenvolvimento infantil, interessa-nos investigar quais as vicissitudes por que passa o processo de vinculação de apego entre as díades prematuras, colocando o foco de interesse no desenvolvimento do processo e não no resultado do apego. Existiriam especificidades nesta vinculação que a diferisse da vinculação entre a díade a termo? Interessa-nos observar as interações iniciais mãe-bebê pensando nos efeitos da prematuridade sobre a vinculação do apego e nos interrogando sobre que caminhos específicos o desenvolvimento infantil passa quando há prematuridade.

Assim, o presente estudo tem como objetivo comparar a evolução dos padrões de interação mãe-bebê desde os primeiros dias após a alta hospitalar, de recém-nascidos com peso de nascimento entre 1200g e 1500g e de recém-nascidos a termo, adequados à idade gestacional e que não necessitaram de internamento na UTI-Neonatal e descrever as peculiaridades encontradas nos dois grupos de crianças, relacionadas à qualidade da interação mãe-bebê.

2. Método

2.1 Delineamento

Sendo o problema por nós investigado de natureza *desenvolvimental*, já que a qualidade da interação é construída na relação da díade, a partir das possibilidades iniciais, um estudo de caso, descritivo, observacional-longitudinal, acompanhando os dois grupos simultaneamente foi o que se apresentou como o mais conveniente.

2.2 Participantes

Preliminarmente, foram contatados os responsáveis por três bebês nascidos prematuramente em 2003, com peso entre 1000g e 1500g, e que estiveram internados na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal de um hospital de referência em Salvador, Bahia e os responsáveis por dois bebês nascidos a termo também 2003, no mesmo hospital, com peso adequado para a idade gestacional e sem passagem pela Unidade de Neonatologia, assim como foram contatados os responsáveis por um bebê nascido a termo, em 2003, em hospital da Rede Pública de Salvador, Bahia, sem passagem pela Unidade de Neonatologia e com peso adequado a idade gestacional.

Desse modo, foram constituídos dois grupos: a) Grupo I: crianças nascidas com peso entre 1200g e 1500 gramas; e b) Grupo II: crianças nascidas a termo com peso adequado à idade gestacional, que não passaram por internação em UTI-Neonatal.

2.3 Procedimentos

A coleta dos dados foi realizada segundo o método de observação natural, aplicado à observação da relação mãe-bebê, com base na teoria psicanalítica. A escolha desse método nos pareceu conveniente devido à natureza desenvolvimental da relação mãe-bebê, que demanda um acompanhamento contínuo no ambiente cotidiano da díade e, por isso deve ser desenvolvido com a participação do pesquisador. Essa escolha deve-se ao uso do referencial psicanalítico nas teorias sobre a formação de vínculos e ao fato desse tipo de observação, historicamente, ter se desenvolvido a partir da relação mãe-bebê observada pelo psicanalista durante o atendimento de crianças pequenas, do qual era parte integrante.

É na psicanálise, a partir da proposta de Freud (1905) de tomar a observação direta de crianças como um método de investigação complementar aos achados clínicos no estudo da neurose em pacientes adultos, que se encontra um grande emprego da observação de bebês como método de pesquisa. Brazelton & Cramer (1992) afirmam que a observação direta de crianças e mães vem se desenvolvendo no campo da psicanálise desde o final da década de 1940 com os estudos de crianças separadas dos pais em instituições (Spitz, 1946, 1964) e sob condições de guerra (Anna Freud, 1936). A potência da ligação entre mãe e filho vem sendo demonstrada através de estudos sobre a natureza da dependência infantil em relação aos seus cuidadores primordiais, tendo orientado a pesquisa até meados da década de 1960. Por outro lado, teóricos que, mais recentemente, desenvolveram e ampliaram a teoria do apego, como Bowlby, Ainsworth e Brazelton, também se valeram extensivamente desse método de investigação.

2.4 Coleta de dados

Com o auxílio de uma lista de endereços do Arquivo Médico do Hospital, foi feita a busca de cinco pacientes, sendo inicialmente, o contato feito por telefone, com os pais ou responsável. O contato inicial com a mãe do caso 4 foi realizado também pelo telefone, através da indicação de uma conhecida em comum, dela e da pesquisadora. Os responsáveis pelos seis bebês, seus genitores, concordaram em participar como voluntários na presente pesquisa.

Foi agendada uma visita domiciliar, quando os pais concordaram em ter seu filho (a) incluído (a) no estudo, após conhecer os objetivos do mesmo e assinar um termo de consentimento previamente submetido à Comissão de Ética do hospital (ANEXO I).

Foram realizadas observações da interação mãe-bebê, em domicílio, durante seis meses após a alta, desde os primeiros dias depois da chegada em casa - um pouco menos ou um pouco mais de uma semana em alguns casos, tendo dependido da disponibilidade dos pais.

Foram realizadas onze observações das situações de banho e de refeição do bebê em dias diferentes, conforme a seguinte organização temporal: as quatro primeiras observações foram realizadas com um intervalo de uma semana entre elas; as quatro observações seguintes, com um intervalo de quinze dias entre elas e as três últimas, com um intervalo de um mês entre elas (uma semana, duas semanas, três semanas, um mês, um mês e meio, dois meses, dois meses e meio, três meses, quatro meses, cinco meses e seis meses).

As observações foram filmadas pela própria pesquisadora e aconteceram nas residências das díades pesquisadas, em horários propostos pela mãe, em conformidade com a rotina de alimentação e banho dos bebês. Foram filmadas a situação de banho e a de alimentação dos bebês. As filmagens duraram, em média, 25 minutos. Para as filmagens foi utilizada uma filmadora *Compact VHS*, com luz embutida, da marca JVC.

Foi proposto às mães que procurassem manter a rotina dos bebês e o estilo dos cuidados a eles oferecidos, apesar da presença da pesquisadora. Ao seu turno, a pesquisadora procurou adequar-se aos hábitos familiares, tais quais retirar o sapato ao entrar na residência de uma das díades, obedecer à lavagem de mãos necessária ao contato com os bebês, permanecer no quarto fechado durante o banho em dois casos, além de adaptar-se aos horários propostos pelas famílias. Devido a essa adequação à rotina das díades e as suas disponibilidades de horários, em alguns casos não puderam ser cumpridos, rigorosamente, os intervalos inicialmente propostos entre as sessões de observação.

A pesquisadora teve como regra de conduta a proposta de não interferir diretamente na relação mãe-bebê, por exemplo, julgando a conduta materna ou assumindo uma posição de saber com relação aos cuidados com o bebê. Porém, sendo o pós-parto um momento onde as mulheres encontram-se particularmente fragilizadas, julgamos importante garantir uma escuta, isenta de julgamentos, à angústia, ansiedade e insegurança dessas mulheres diante da maternidade. Dessa forma, muitas vezes essas mães conversavam com a pesquisadora durante os cuidados aos bebês e eram acolhidas por uma escuta atenta e cuidadosa, visando acolher seu sofrimento, sem, no entanto, interferir diretamente na sua experiência de maternidade.

Esse procedimento é sustentado pelo objetivo de manter a situação de observação tão natural quanto possível, de modo que, por um lado, não responder aos comentários e perguntas da mãe geraria mal estar e embaraço e, por outro lado, responder a partir do lugar de saber sobre a maternidade interferiria na construção do próprio saber materno dessas mulheres. Essa conduta da pesquisadora foi baseada no método de Observação da Relação Mãe-Bebê de Esther Bick (ORMB), já que nesse método, o papel do observador consiste em sentir-se suficientemente dentro da família para viver seu impacto afetivo, mas sem representar nenhum dos papéis projetados sobre ele, tais como o de conselheiro ou de juiz. No entanto, deveria ser um observador participante e, por consequência, reconhecido. A posição subjetiva que deve encontrar

para fazer suas observações deve introduzir o mínimo possível de distorção do que se desenrola na família. No lugar de fazer para si ativamente um lugar na família, adicionando sua própria personalidade a sua organização, deve deixar os pais ajustá-lo a casa à sua maneira (Haag & Haag, 1997).

No que se refere à participação do pesquisador no método de observação, a tradição clássica com ênfase na objetividade da observação e no tratamento desta enquanto estritamente um método de pesquisa, tem sido substituída, paulatinamente, pela perspectiva da observação enquanto contexto de interação no qual se dá a colaboração para a pesquisa. Essa mudança de perspectiva foi fundamentada na crítica pós-moderna que enfatiza a importância de se levar em conta o perfil do investigador (seu gênero, classe e etnia, por exemplo) como parte importante da interpretação dos dados produzidos pela pesquisa (Angrosino & Pérez, 2000). Quanto à inserção do observador na família, Esther Bick (1964) identifica a boa receptividade das mães a observação, à sua necessidade de ter alguém com quem pudessem falar do seu bebê, de seu desenvolvimento e dos sentimentos que este suscita nelas.

Na primeira sessão de observação foi aplicado um questionário semi-estruturado com a mãe, no qual se investigou dados relativos ao seu humor, a organização do seu tempo e afazeres, e facilidades e dificuldades em lidar com o bebê (ANEXO II).

2.5 Tratamento dos dados

Os dados obtidos pelas filmagens foram submetidos a dois tipos de análises, uma quantitativa e outra qualitativa. A análise quantitativa dos dados foi baseada no estudo de Crockenberg & Smith (2002) intitulado "Antecedents of mother-infant interaction and infant irritability in the first 3 months of life". A análise qualitativa dos dados, por sua vez, foi baseada na teoria psicanalítica, na própria experiência clínica da pesquisadora e na "Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil" (Grupo Nacional de Pesquisa, 2002).

Os dados coletados através dos questionários foram utilizados, durante a análise qualitativa, como informação de contexto, para dirimir dúvidas, qualificar respostas e fornecer dados adicionais sobre as mães, tais como dados pessoais e estilo de maternagem nas interações iniciais.

Finalmente, foi realizada a síntese e a análise comparativa dos casos por tipo, segundo fossem as díades formadas por bebês a termo ou díades formadas por bebês pré-termo.

2.6 *Categorias de análise*

As categorias de observação foram baseadas nas categorias de "Comportamento Materno" e de "Estado do Bêbe" de Crockenberg & Smith (2000). Foi acrescentada a categoria "vocalizações" entre as categorias referentes ao "Estado do Bebê".

Categorias referentes ao Comportamento materno:

- 1- Sem contato: nenhum contato físico, visual ou vocal entre a mãe e o bebê.
- 2- Contato de rotina: cuidados (banho, alimentação, etc) ou carregar sem estimulação vocal, visual ou tátil.
- 3- Contato envolvido: contatos de cuidado ou não-cuidado acompanhado de estimulação vocal, visual ou tátil.
- 4- Contato de olhos: sorriso/contato de olhos entre a mãe e o bebê.

Categorias referentes ao Estado do bebê:

- 1- Choramingo/choro: freqüência de intervalos de dez segundos de choramingo/choro.
- 2- Vocalizações: freqüência de intervalos de dez segundos de vocalizações.
- 3- Alerta: freqüência de intervalos de dez segundos em alerta (bebê acordado e nem choramingando, nem sonolento).
- 4- Dormindo/sonolento: freqüência de dez segundos em estado de sono/sonolência.

Para a análise qualitativa foram utilizadas quatro dimensões denominadas "Saber Materno"; "Comunicação Entre a Díade"; Padrão de Aleitamento" e "Função Paterna". Cada uma dessas dimensões foi baseada na teoria psicanalítica e na experiência clínica da pesquisadora, como também nos quatro eixos fundamentais na relação mãe-filho, propostos como operadores clínicos

pela "Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil" (Grupo Nacional de Pesquisa, 2002).

Nessa pesquisa, foram desenvolvidos indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil, observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança. Esse estudo visou detectar a capacidade de predição desses indicadores de Distúrbios Globais do Desenvolvimento (DGD – DSM IV), como também a viabilidade desses indicadores serem avaliados pelos pediatras, por meio de observações clínicas da relação mãe-criança, durante as consultas nas unidades básicas e centros de saúde. Segundo o Grupo Nacional de Pesquisa, responsável por essa pesquisa do Ministério da Saúde, "os quatro eixos pautam os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil, na medida em que referendam a constituição da subjetividade, seguindo lógica e cronologicamente a instalação da mesma". Esse Grupo sustenta, ainda, a hipótese de que a ausência destes indicadores aponta para problematizações na estruturação dessa subjetividade (Grupo Nacional de Pesquisa, 2002, p 4).

Esses quatro eixos fundamentais da relação mãe-bebê propostos na referida pesquisa do Ministério da Saúde são os seguintes:

- Suposição de sujeito
- Estabelecer a demanda da criança
- Alternar presença-ausência
- Função paterna (alterização)

Para o atual estudo, propusemos quatro dimensões que incluem alguns desses quatro eixos fundamentais da relação mãe-filho, acima expostos, já que esses diferentes eixos – suposição de sujeito, estabelecimento da demanda, alternância de presença-ausência e função paterna – não se manifestam de forma autônoma no decorrer do desenvolvimento, mas se associam nos cuidados que a mãe dirige à criança, como também nas produções que a criança realiza, testemunhando os efeitos da presença de tais marcas e não aparecendo, portanto, como funções separadas, mas fazendo parte e orientando tanto as funções físicas, quanto as psicológicas (Grupo Nacional de Pesquisa, 2002).

As quatro dimensões por nós propostas para orientar a análise qualitativa do nosso estudo são as seguintes:

1- A dimensão *Saber Materno*, que contempla as seguintes categorias:

- **Suposição de sujeito:** "trata-se aí de uma antecipação realizada pelo agente materno, pois o bebê não se encontra ainda constituído como sujeito (portador de uma

subjetividade própria). Tal constituição depende, justamente, de que ele seja inicialmente suposto ou antecipado pela mãe (ou cuidador). É a partir dessa suposição, por exemplo, que o grito do bebê poderá ser tomado como um apelo pela mãe e, sendo assim, interpretado por ela, abrindo para o bebê a possibilidade deste apelo revestir-se de significação para ele e para a mãe” (Grupo Nacional de Pesquisa, 2002).

- **Estabelecer a demanda da criança:** “as primeiras reações involuntárias que um bebê apresenta ao nascer, tais como o choro, precisam ser reconhecidas pela mãe como um pedido que a criança dirige a ela, e diante do qual a mãe se coloca em posição de responder. Isso, inicialmente, implica uma interpretação em que a mãe usa a linguagem, *traduz* em palavras as ações da criança, e *traduz* em ações suas próprias palavras” (Grupo Nacional de Pesquisa, 2002).
- **Reconhecimento do bebê:** reconhecer no bebê traços familiares; reconhecer-se no bebê (traços identificatórios), como um caminho para reconhecer o bebê como um produto seu.

2- A dimensão *Comunicação Entre a Díade*, na qual as seguintes categorias foram observadas:

- **Alternar presença-ausência:** “implica que a mãe não responda ao bebê apenas com presença ou apenas com ausência, mas que produza uma alternância, não apenas física, mas, sobretudo, simbólica. Por exemplo, entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe, espera-se que haja um intervalo, diante do qual surja a resposta da criança. Nesse momento a criança pode então se experimentar como sujeito. Se quisermos que um bebê se torne um ser desejante (o que equivale a ser autônomo e singular), é necessário que ele possa ter essa experiência de descontinuidade” (Grupo Nacional de Pesquisa, 2002).
- **Mamanhês:** a mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela. Esta fala é também conhecida como *motherese* ou *baby talk* e apresenta uma configuração prosódica peculiar, com o uso de falsete, picos de altura elevados e termos infantilizados. Existem três vertentes teóricas que se ocupam desta peculiaridade da fala materna. A primeira, dá ênfase ao caráter facilitador, relacionado ao papel de *ensino da linguagem* desenvolvido pela mãe nas suas ações de maternagem (Snow e Ferguson, 1977; Bruner, 1983). A segunda, de base evolucionista/universalista, que afirma ter este tipo de fala um caráter pré-adaptativo, na qual a fala funcionaria como um disparador/desencadeador da linguagem para os humanos (Fernald, 1993). E a terceira via (Cavalcante, 1999; 2001; 2003; 2004), que analisa o funcionamento desta fala na relação dialógica, em que o foco é o estatuto desta fala na relação mãe-bebê.

3- A dimensão *Padrão de Aleitamento*, onde foram observados as seguintes categorias:

- **Estilo de aleitamento:** Descrição do estilo da dupla durante o aleitamento; se a mãe mostra-se segura e confortável ou, ao contrário, demonstrando insegurança e desconforto durante o aleitamento;
- **Alternar presença-ausência:** Entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe, espera-se que haja um intervalo, diante do qual surja a resposta da criança. O bebê faz intervalos entre as sucções ou responde à fala da mãe com um intervalo ou mudança de ritmo da sucção;
- **Toque:** Presença de carícias entre a mãe e o bebê durante o aleitamento;
- **Fala:** A mãe dirige-se ao bebê durante o aleitamento;
- **Olhar:** Há troca de olhares entre a mãe e o bebê durante o aleitamento;
- **Tipo de aleitamento:** Exclusivamente no seio; misto seio e mamadeira ou apenas na mamadeira.

4- A dimensão "Função Paterna": "para que a função paterna se instale é preciso que a mãe tenha a criança numa posição de referência a um terceiro (geralmente o pai) em seu laço com ele, não fazendo da criança um objeto que se presta unicamente à sua satisfação. Quando essa função se instala, a criança renuncia às satisfações imediatas que antes advinham da relação com o próprio corpo e com o corpo da mãe, identificando a criança na sexualidade, nas gerações e nomeando-a culturalmente. É graças à função paterna que uma criança poderá distanciar-se do outro e utilizar, então, a linguagem em sua função simbólica, como substituto da presença do outro. Ao mesmo tempo, isso a empurra na direção de procurar novas formas de satisfação" (Grupo Nacional de Pesquisa, 2002).

Foi realizado o cálculo de concordância entre dois observadores e obtido um percentual de acordo entre observadores de 91%.

2.7 Análise dos dados

Para a análise quantitativa dos dados foi realizado o cálculo de frequências simples que foram apresentados através de gráficos de linha.

A análise qualitativa dos dados aproxima-se do que é denominado método da *Hermenêutica-Dialética*. A escolha desse método deve-se, especialmente, ao fato dos dados terem sido *construídos* a partir da formação psicanalítica da pesquisadora, já que as observações das relações entre as díades foram realizadas sob o olhar da

experiência clínica desta, fundamentada na teoria psicanalítica. Este fato está em concordância com a concepção desse método de análise dos dados, segundo o qual, como afirma Minayo (1992), não é o campo que traz o dado, já que o dado não é *dado*, é construído, sendo "o produto das relações entre questões teoricamente elaboradas e dirigidas ao campo e num processo inconcluso de perguntas suscitadas pelo quadro empírico às referências teóricas do investigador" (p 235). Nesse sentido, a dimensão da *práxis*, presente na análise dos dados do nosso estudo, é também contemplada por esse método, na medida em que a compreensão hermenêutica é condicionada pelo contexto do investigador: "a hermenêutica e a retórica se unem não apenas como caminho de compreensão de mensagem, mas para entender a orientação e a modificação da ação. Dá-se aí o cruzamento entre linguagem e práxis pois ambas se interpretam mutuamente" (Minayo, 1992, p 221). Assim como, nos interessa particularmente, devido ao caráter desenvolvimental do nosso objeto de pesquisa, o destaque dado pela hermenêutica, no tratamento dos dados, as condições cotidianas da vida, buscando compreender as estruturas profundas do dia-a-dia, analisando os dados da realidade a partir da manutenção e da extensão da intersubjetividade de uma intenção possível como núcleo orientador da ação (Minayo, 1992).

3- Resultados

Neste capítulo apresentaremos os casos estudados, contextualizando-os em termos sócio-demográficos, contexto familiar e histórico da gravidez, parto e puerpério. A descrição de cada caso será seguida das análises quantitativas e qualitativas dos dados obtidos na observação das díades, ou seja, discorreremos sobre como as díades evoluíram quanto às categorias qualitativas e às categorias quantitativas propostas no presente estudo.

Tendo em vista o objetivo do presente trabalho, o estudo da qualidade da interação mãe-bebê em crianças nascidas prematuramente, em comparação com crianças nascidas a termo, após a alta hospitalar, é importante considerar as idades cronológica e gestacional da criança, para avaliar a evolução do vínculo mãe-bebê.

Enquanto todas as sessões foram realizadas segundo aproximadamente o mesmo calendário (tempo em casa), as idades das crianças nascidas a termo ou pré-termo, obviamente, não são as mesmas, uma vez que as crianças nascidas prematuramente são mais velhas e já tem um histórico de relacionamento com a mãe enquanto permaneceram no hospital.

Quanto a isso, é importante ressaltar que as idades corrigidas das crianças prematuras, ou seja, o número de semanas da idade gestacional no nascimento, somado ao número de semanas de vida até o dia da alta, é sempre por volta de 38 semanas no momento da alta. Desta maneira, esses bebês vão para casa com a idade corrigida em torno da idade dos recém nascidos a termo.

Para os propósitos da presente pesquisa, quando chegam em casa, pode-se supor que essas crianças estão, por um lado, em vantagem no relacionamento com a mãe e, por outro lado, em desvantagem, devido a possíveis efeitos do nascimento prematuro, que as tornam menos responsivas ao comportamento materno. Do lado materno, a condição de prematuridade de bebê adiciona diversas fontes de ansiedade, relacionadas ao medo de que a criança não sobreviva, de que fique doente gravemente e de que venha a conservar seqüelas que dificultem o seu desenvolvimento saudável. Sendo esta uma característica inerente a qualquer comparação entre bebês nascidos pré ou a termo, não há meios de igualar os grupos, restando ao pesquisador tomar essas diferenças em conta em todas as suas análises e inferências. Por outro lado, nem sempre foi possível realizar as observações exatamente nas mesmas idades, devido à necessidade de ajuste às conveniências da família. Assim, para facilitar a leitura, a Tabela 1 abaixo apresenta os dados relativos às idades das crianças por ocasião de todas as sessões de observação.

Tabela 1 - Tempo em casa, idade¹ cronológica e idade corrigida dos participantes

NOME	IDADES		SESSÕES										
			1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a
Pré-termo													
Ítalo	Tempo casa	em	0,7	0,15	0,22	1,0	1,15	2,0	2,15	3,0	4,0	5,0	6,0
	Idade cronológica		2,10	2,18	2,25	3,3	3,18	4,3	4,18	5,3	6,3	7,3	8,3
Mariana	Tempo casa	em	0,7	0,14	0,21	1,0	1,15	2,0	2,15	3,0	4,0	5,0	6,0
	Idade cronológica		3,0	3,7	3,14	3,23	4,8	4,23	5,8	5,23	6,23	7,23	8,23
Ana Luiza	Tempo casa	em	0,4	0,11	0,19	1,2	1,13	2,0	2,25	3,10	4,8	5,8	6,5
	Idade cronológica		1,23	2,0	1,38	2,21	3,2	3,19	4,14	4,29	5,27	6,27	7,24
A termo													
Lara	Tempo casa	em	0,5	0,12	0,20	0,26	1,15	2,0	2,15	3,0	4,0	5,0	6,0
	Idade cronológica		0,7	0,14	0,22	0,28	1,17	2,2	2,17	3,2	4,2	5,2	6,2
Carlos	Tempo casa	em	0,10	0,17	0,24	1,1	1,15	2,0	2,15	3,0	4,0	5,0	6,0
	Idade cronológica		0,12	0,19	0,26	1,3	1,17	2,2	2,17	3,2	4,2	5,2	6,2
Vitório	Tempo casa	em	0,10	0,17	0,24	1,1	1,15	2,0	2,15	3,0	4,0	5,0	6,0
	Idade cronológica		0,12	0,19	0,26	1,3	1,17	2,2	2,17	3,2	4,2	5,2	6,2

Bebês pré-termoCaso 1: Ivony e Ítalo

Família residente em condomínio de casas em bairro popular. A casa era própria e tinha dois pavimentos, sendo que os três quartos ficavam situados no segundo andar, onde existiam dois banheiros. No andar de baixo encontrava-se a sala, um lavabo e a cozinha, além de uma varanda, usada como garagem, e um pequeno jardim.

O pai tinha 43 anos quando foram iniciadas as observações, tinha o terceiro grau completo e era tecnólogo em manutenção industrial, a mãe tinha 36 anos no início das observações, tinha o terceiro grau completo e trabalhava como secretária. Os pais eram casados e moravam juntos. Esta foi a quarta gravidez da mãe, e seu terceiro parto, sendo este o segundo filho do casal, que não tem filhos de outros relacionamentos. A primeira filha do casal morreu aos quatro meses de

¹ O primeiro algarismo descreve o número de meses, o segundo algarismo indica o número de dias.

idade, de morte súbita, com o diagnóstico de cardiomegalia, há 19 anos. O segundo filho do casal, do sexo masculino, tinha 15 anos quando as observações foram iniciadas. A terceira gravidez dessa mulher foi interrompida com um aborto espontâneo no segundo mês de gestação.

O segundo filho morava na mesma casa que os pais, onde cada filho tinha o seu quarto, além do quarto do casal. A família contava com a ajuda de uma empregada doméstica que dormia na casa e já trabalhava para a família desde antes do nascimento de Ítalo.

A jornada de trabalho de Ivony era de oito horas por dia, ela retornou ao trabalho quando Ítalo tinha dois meses e 15 dias em casa e tinha quatro meses e 27 dias de idade. Aproximadamente um mês após seu retorno ao trabalho, Ítalo foi desmamado do seio materno e, por volta dos cinco meses, passou a se alimentar de pastosos.

O bebê era um menino nascido prematuramente, com 28 semanas de gestação e 1.070 gramas, em hospital de referência da cidade de Salvador. Permaneceu internado na unidade de cuidados intensivos do mesmo hospital por 72 dias, tendo recebido alta hospitalar com 38 semanas de idade corrigida, pesando 3.290 gramas.

Nesta díade, como pode ser visto na Figura 1, no que se refere à dimensão *Comportamento Materno*, a análise quantitativa dos dados revelou que, em apenas duas das onze sessões foi registrado *Contato ocular* entre este par, na oitava sessão e na nona sessão e apenas com um episódio em cada sessão. Devido ao fato desse comportamento ter sido raro em todas as díades do estudo, considerou-se a possibilidade de estar ocorrendo subestimação desse tipo de evento, em função de deficiência do instrumental (talvez fosse necessária uma segunda filmadora, posicionada para captar especificamente o contato ocular).

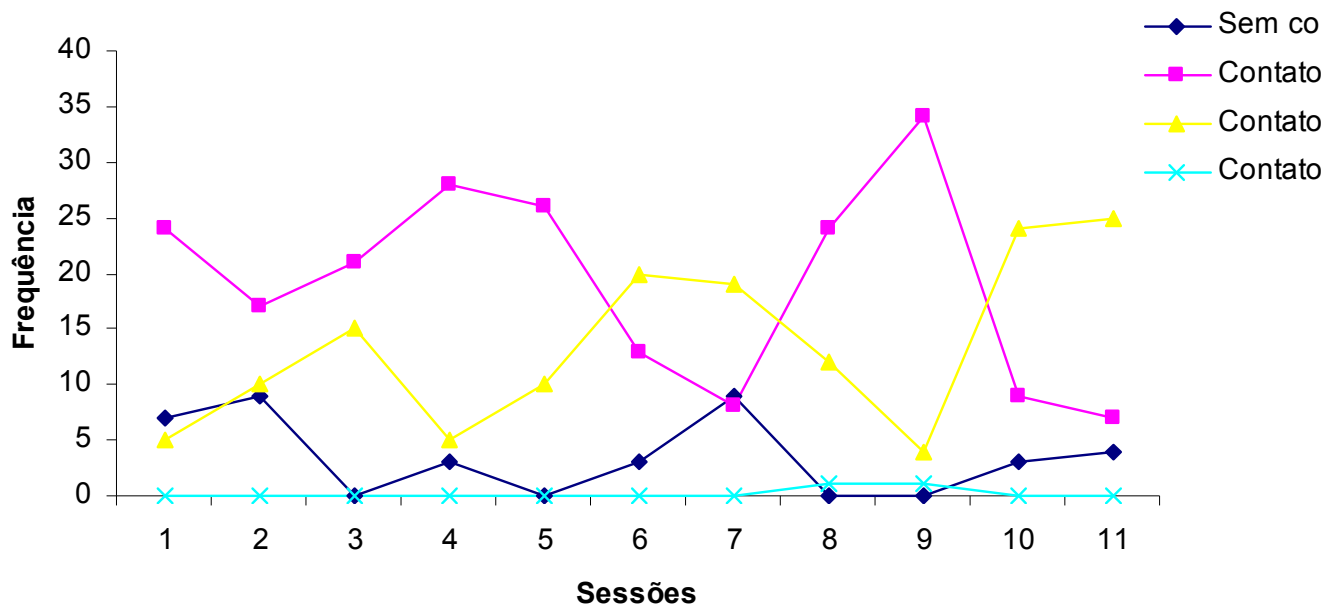


Figura 1 – Frequências das categorias de Comportamentos Materno na díade Ivony-Ítalo.

De uma maneira geral, observamos na dimensão *Comportamento materno*, que a presença de Contato, seja ele *de rotina* ou *envolvido* foi, em todas as sessões, mais freqüente que a ausência de contato (Fig.1).

No que se refere, mais especificamente, aos tipos de Contato *de rotina* ou *envolvido*, o primeiro foi mais freqüente que o segundo, sendo que o *Contato envolvido* apenas foi maior que o *Contato de rotina* na sexta sessão (o bebê tinha dois meses em casa), sétima sessão (com dois meses e meio em casa), décima sessão (cinco meses em casa) e décima primeira sessão (seis meses em casa) (Fig.1).

Além disso, verificamos uma proporcionalidade invertida entre as ocorrências dos comportamentos *Contato de rotina* e *Contato envolvido*, na medida em que, enquanto o primeiro aumentava, o segundo diminuía e vice-versa, o que é claramente observado, especialmente na sexta sessão, onde o *Contato de rotina* diminuiu para a metade (de 26 para 13), enquanto o *Contato envolvido* dobrou sua freqüência de 10 para 20 (Fig.1).

Assim, uma visão longitudinal do período de observação revela que, de modo geral, não houve mudanças significativas nas categorias *Sem contato* e *Contato ocular*. Porém, no que diz respeito à categoria *Contato envolvido*, observa-se que houve uma pequena tendência ao aumento da freqüência desse comportamento ao longo das observações, ao passo em que houve uma tendência oposta para o *Contato de rotina*, no decorrer das observações (Fig. 1).

Voltando nossa atenção para o bebê nessa díade, observamos que o estado *Alerta sem vocalização* foi o mais freqüente dentre os estados contemplados pela dimensão *Estados do Bebê*, havendo um decréscimo na sua freqüência apenas entre a quarta sessão (30 dias em casa)

e a sétima sessão (setenta e cinco dias em casa) e entre a décima sessão (cinco meses em casa) e a décima primeira sessão (seis meses em casa), sendo os picos desta queda (na sétima sessão, com 75 dias em casa e na décima primeira sessão, com seis meses em casa) os únicos momentos onde se verificou uma proporção inversa entre as frequências dos estados *Alerta sem vocalização* e *Alerta com vocalização*, ou seja, na sétima sessão, na qual, enquanto o estado *Alerta sem vocalização* diminuiu sua frequência de 30 para 26, o estado *Alerta com vocalização* aumentou sua frequência de 1 para 8, e, na décima primeira sessão, na qual, enquanto o estado *Alerta sem vocalização* diminuiu sua frequência de 36 para 28, o estado *Alerta com vocalização* teve sua frequência aumentada de 0 para 6 (Fig. 2).

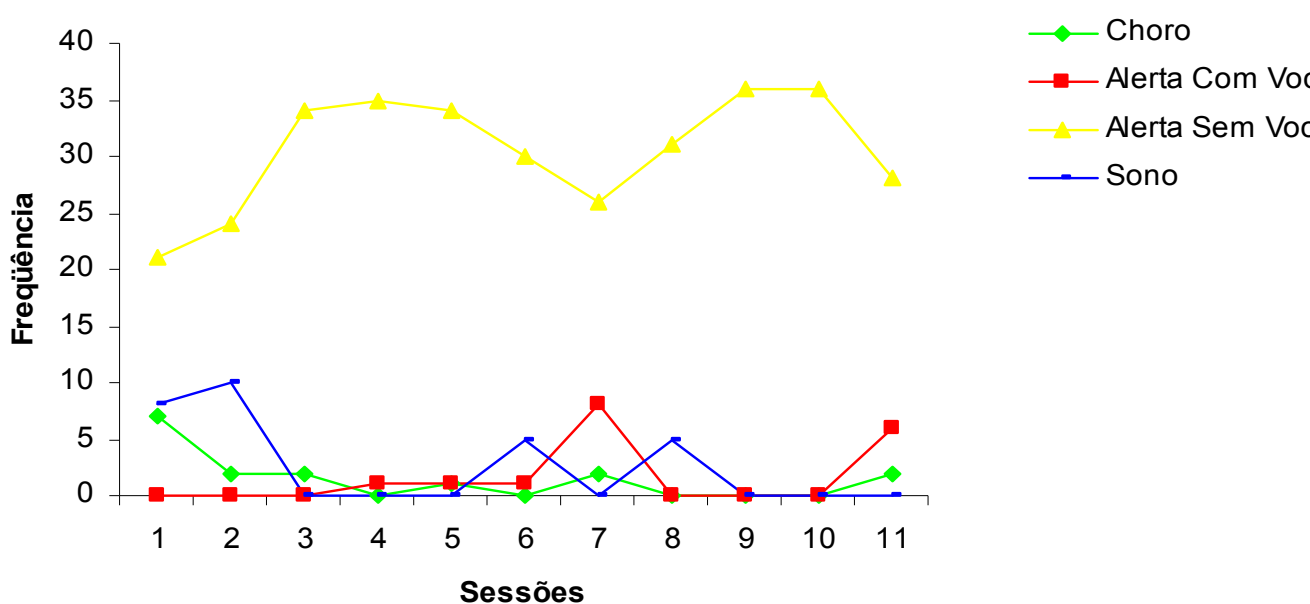


Figura 2 – Frequências das categorias de Estados do bebê na díade Ivony-Ítalo.

Os demais estados da dimensão *Estados do Bebê* apresentaram uma frequência muito baixa. O estado *Alerta com vocalização* se fez presente em menos da metade das sessões; o *Sono* esteve presente na primeira, segunda, sexta e oitava sessões, respectivamente com uma semana, duas semanas, dois meses e três meses em casa; já o *Choro* foi registrado em seis sessões (Fig. 2).

Uma análise da evolução temporal das categorias do estado do bebê aponta pouca variabilidade, de modo que não é visível uma mudança desses padrões durante o período do estudo. Verificamos apenas uma discreta tendência ao crescimento do estado *Alerta com vocalização* (Fig. 2).

Em relação aos demais bebês observados, o bebê dessa díade apresentou-se pouco ativo. Não apenas os episódios de sono foram freqüentes, como foram registradas poucas vocalizações e episódios de choro em comparação com os bebês do estudo, assim como, as freqüências do estado de *Alerta sem vocalização* foram as mais elevadas dentre os seis casos estudados.

A análise qualitativa dos dados confirma alguns achados da análise quantitativa acima exposta, como, por exemplo, o fato do bebê desta díade apresentar-se dormindo ou sonolento em algumas sessões, como foi o caso da primeira observação, na qual o bebê foi acordado pela mãe para tomar o banho e manteve-se sonolento; na segunda sessão, na qual o bebê dormiu durante o aleitamento e na sexta e na oitava sessões, quando o bebê foi acordado para mamar e manteve-se em vigília durante o restante das observações.

Por outro lado, no que se refere à dimensão *Comportamentos maternos* nesta díade, constatou-se que esta mãe apresentou, em média, maiores freqüências de *Contato de rotina* e menores freqüências de *Contato envolvido* que as demais mães estudadas, o que pode ser reiterado pela análise qualitativa dos dados, já que, apesar de ser uma mãe segura quanto ao *saber fazer* com o seu bebê, essa mãe demonstrou bastante insegurança com relação às capacidades do bebê em lidar com o meio, o que justificaria a baixa responsividade materna em termos de cuidados envolvidos, em decorrência da debilidade das respostas do bebê às suas iniciativas.

Também em relação à categoria qualitativa *Saber materno*, esta mãe indicou possuir um *savoir faire* na execução dos cuidados ao bebê, tais como banho, troca de roupa, alimentação e em administrar medicamentos, porém, sua destreza ao cuidar do seu bebê não anulou sua insegurança com relação a possíveis reações negativas do bebê, atribuídas por ela à imaturidade neurológica deste.

Assim, desde a primeira sessão, esta mãe preocupava-se com a sonolência do bebê, receava que ele não estivesse totalmente acordado nas situações de alimentação ou ingestão de medicamentos, como, por exemplo, na sexta sessão, na qual se inquietou com a sonolência do bebê, especialmente na hora de dar-lhe os remédios. Preocupava-se também em conseguir a posição ideal, recomendada pelos médicos, para o aleitamento, já que seu bebê apresentava refluxo desde o internamento, assim como temia engasgos (na sexta sessão, se assusta quando o bebê tosse), exposição ao frio (o banho era dado com a porta e janela do quarto fechados) e exposição a germes provenientes dela ou da pesquisadora (durante toda a sétima sessão a mãe usou máscara cirúrgica porque, segundo ela, estava gripada). Não podemos esquecer que Ivony perdeu uma filha aos quatro meses de idade, além de ter tido uma gestação interrompida espontaneamente, o que pode re-significar a ameaça de perda atual.

Entretanto, o saber materno foi se construindo e se fortalecendo aos poucos ao lado e apesar dessas preocupações adicionais e temores de possíveis seqüelas causadas pela prematuridade

neurológica. Era assim que essa mãe permeava os cuidados de rotina, as brincadeiras e carinhos com o seu bebê, com exercícios para estimular o tônus muscular (na terceira sessão, por exemplo, ela exercitou o bebê para fortalecer seu pescoço e na oitava sessão fez os exercícios de fisioterapia no bebê) e exercícios para estimular a aquisição de novos comportamentos, como virar de lado ou a mudança de postura não adequada adquirida ao longo da sua hospitalização, como o hábito do decúbito lateral apenas para um lado que havia deixado a face do bebê bastante assimétrica (na quarta sessão ela inicia manobras para lidar com essa assimetria).

Desse modo, desde as primeiras sessões o *Saber materno* revelava-se em suposição de sujeito que fazia com relação ao seu bebê: “Bora filhinho, bom dia, meu nêgo, bora acordar”, dizia em mamanhês para o bebê, na primeira sessão, enquanto trocava a sua roupa num *cuidado envolvido*; na sexta sessão afirmou: “Já tá querendo segurar, não é, rapaz?”; na sétima sessão ela perguntou se o bebê iria deixar que ela cortasse as suas unhas; na quarta sessão interrogou o bebê se ele gostava de banho e se o banho estava gostoso.

A partir da quarta sessão, a mãe passou a perceber alguns comportamentos da criança, especialmente o choro, como um pedido dirigido a ela: respondeu ao choro do bebê como um pedido para sair do banho; na sexta sessão perguntou, diante do choramingo do bebê, do que é que ele estava reclamando e interpretou seu choro como protesto pela ausência materna.

A construção do *Saber materno* se expressou também em brincadeiras, onde o estabelecimento de demandas começava a se configurar. Por exemplo, na segunda sessão: “Tá pronta, a cama”, disse para o bebê em tom jocoso; na terceira sessão exercitou o bebê, ao mesmo tempo em que brincou com ele – “Segura a mão, segura (...)”; “Chega, minha mãe”; na quarta sessão fez massagem para ajudar na liberação de gases e ajudar no tratamento da prisão de ventre, ao mesmo tempo em que brincou com o bebê: “Cadê esse cocô, hein?; Cabô, ôpa, cabô”; “Bota o pum pra fora” e fala por ele: “Vou soltar muito pum”. Na sexta e na sétima sessão o bebê respondeu às brincadeiras e ao riso da mãe com um sorriso, o mesmo voltando a ocorrer na oitava sessão em resposta às brincadeiras da mãe e às brincadeiras do irmão.

Além de momentos lúdicos com seu filho, observamos que existiam *brincadeiras* que mais demonstravam as preocupações da mãe com relação a atrasos na aquisição de comportamentos e serviam de ocasião para testar o bebê, do que constituíam o brincar de fato. Por exemplo, na sexta sessão, a mãe fez um som com a boca para ver se o bebê respondia com o olhar e apitou um brinquedo e o mostrou para o bebê buscando a sua atenção. Como também na oitava sessão, na qual bateu os dedos invocando a atenção do bebê.

Em algumas ocasiões a mãe pode expressar verbalmente suas preocupações para a pesquisadora. Foi assim na quarta sessão, na quinta sessão, na oitava sessão e na nona sessão, em que falou de aquisições que, segundo a fisioterapeuta, o bebê estaria em atraso, mesmo

levando-se em conta a sua prematuridade. Nessas sessões, fazia tentativas de que o bebê realizasse o que estava lhe propondo, ao mesmo tempo em que o exercitava nesse sentido, dizendo que precisava incrementar os exercícios.

Paralelamente à exibição para a pesquisadora das faltas do seu bebê, esta mãe fazia tentativas de exibir seu bebê de forma positiva, reconhecendo-se nele e reconhecendo-o como um produto seu, o que é essencial para o fortalecimento do saber materno e para uma boa qualidade da interação mãe-bebê. Neste sentido, na terceira sessão ela exibiu a covinha no queixo do bebê, (“Olha o buraquinho dele!”) dizendo ser igual a do pai; na quarta sessão, ela reconheceu o crescimento do seu filho, ao dizer que “Daqui a uns dias a fralda não dá mais” e se referiu a ele como “Coisa fofa da mãe, muito fofo”; na sexta sessão, diante do bebê agitando as perninhas, ela disse “Menino danado!” e, disse ainda que ele estava ficando moreno como a sua família; já na oitava sessão ela mostrou o bebê para a filmadora e demandou dele alguma *gracinha* para que fosse registrada, assim como o exibiu dizendo que ele estava um rapaz. Pode também valorizar seu filho através da valorização da sua produção, tal qual na quarta sessão em que exclamou “Vige, quanto pum!”.

Também, desde a primeira sessão, foi observado o estabelecimento de diálogo entre esta díade: o bebê emitiu um som enquanto ela falava com ele e ela tomou esse som como resposta do bebê a ela, assim como respondeu ao choro do bebê com a resposta “Pronto”; na quarta sessão respondeu ao choro com “Pronto, acabou”; na quinta sessão o bebê balbuciou e ela perguntou a ele “Hein?” Em quase metade das sessões, como a segunda, terceira, quarta, quinta e sétima sessões, esta mãe mostrou-se particularmente silenciosa, o que percebemos como uma característica de personalidade, um estilo. Porém, mesmo quando estava mais silenciosa, ao falar com o bebê, o fazia sempre em mamanhês.

No que se refere ao *Padrão de aleitamento* desta díade, não houve grandes variações. Nas duas primeiras sessões a mãe amamentou olhando e falando com seu bebê. Na terceira e na quarta sessão, além de olhar e falar com o bebê, a mãe o acariciou durante o aleitamento, sendo que, na quarta sessão, depois do aleitamento, a mãe demorou-se longamente olhando e acariciando o bebê dormindo. Na quinta sessão, na sexta e na sétima sessão, a mãe manteve-se silenciosa durante o aleitamento, apenas olhando e acariciando o seu bebê, sendo que, depois do aleitamento, na sétima sessão, ela permaneceu um longo período em silêncio, olhando e tocando o bebê que dormia. Na oitava sessão, além de olhar e acariciar o bebê, durante o aleitamento, a mãe riu para ele e, nesse momento, parece ter havido troca de olhar entre os dois. Na nona sessão, a mãe olhava, falava e acariciava o bebê durante o aleitamento, além de brincar com ele para que ele pegasse o peito, momento em que o bebê olhou demoradamente para a mãe, havendo troca de olhares entre os dois. Nas duas últimas sessões a alimentação não foi filmada, pelo fato do bebê ter sido alimentado antes.

Devemos lembrar que, devido a prematuridade e ao internamento prolongado do bebê em UTI- Neonatal, o aleitamento nunca se deu exclusivamente no peito, já que o bebê começou a ser alimentado, no serviço de neonatologia, através de sonda orogástrica e, posteriormente, quando passou para o aleitamento materno, com um mês de vida, a mãe não conseguia estar presente em todas as mamadas do bebê, por isso ele foi, desde cedo, introduzido no aleitamento por mamadeira.

Entendemos que a função paterna pode ser exercida também pelo desmame, já que confere maior autonomia à mãe com relação ao seu bebê, tendo também, certamente, efeitos neste sentido sobre ele. Quanto a isto, Ítalo foi desmamado do seio materno por volta dos três meses e quinze dias em casa, portanto entre a oitava sessão e a nona sessão, passando a se alimentar de semi-sólidos quando tinha cinco meses em casa, ou seja, a partir da décima sessão. Assim, levando-se em conta todas as dificuldades que a prematuridade e mesmo o retorno ao trabalho conferem ao aleitamento no seio, esta mãe talvez tenha relutado em fazer este desmame mais cedo.

Os únicos sinais relativos à função paterna observados foram, na oitava sessão, o comportamento do bebê de olhar com insistência para a filmadora e o fato da mãe ter retornado ao trabalho quando Ítalo tinha dois meses e meio em casa, por volta da quinta sessão. Porém o retorno ao trabalho não foi experimentado pela mãe de forma positiva, ao contrário, ela dizia que se pudesse não voltaria ao trabalho só para cuidar do seu filho. Afirmava que não se sentia segura em deixá-lo com a empregada – ela contratou uma segunda empregada para se ocupar exclusivamente do bebê. Além disso, até a sétima sessão, a mãe dormia no sofá do quarto de Ítalo porque tinha medo dele engasgar ou ter falta de ar por causa do refluxo. Portanto, tudo indica que a função paterna nesta díade esteve fragilizada durante quase todo o período de observação. É importante destacar que Ivony aparentava extremo cansaço durante todo o período de observação.

Caso II: Marinete e Mariana

Família de classe média-baixa residente em bairro popular, em casa própria, de três quartos - um do casal, um do bebê e o terceiro usado como sala de TV – uma sala, uma cozinha e dois banheiros, além da garagem.

Este foi o primeiro filho do casal e a primeira gravidez dessa mulher. Nenhum dos dois tinha filhos de outro relacionamento. O pai tinha 36 anos no início das observações e era operador de processos petroquímicos, tendo o segundo grau completo; a mãe tinha 33 anos no início das observações e trabalhava como analista química, tendo o terceiro grau completo. A família

contava com a ajuda de uma empregada doméstica, desde que Marinete passou a ter uma gravidez considerada de risco, porém esta não dormia na casa. Neste período também a mãe e a irmã da gestante passaram a morar com o casal e continuavam a morar com eles até a última observação.

O bebê era uma menina, nascida prematuramente na 27ª semana gestacional, pesando 1.310 gramas, tendo permanecido 83 dias internada na Unidade de Cuidados Intensivos do mesmo hospital em que nasceu, em Salvador. No momento da alta hospitalar ela tinha 38 semanas gestacionais de idade corrigida e pesava 3.075 gramas.

Marinete retomou o trabalho quando Mariana tinha dois meses em casa. Sua jornada de trabalho era de oito horas em regime de turno.

Aos dez meses de idade, Mariana foi desmamada e passou a comer alimentos semi-sólidos, porém, já não mamava no seio materno desde a sexta sessão.

A análise quantitativa dos dados revelou que, quanto aos comportamentos incluídos na dimensão *Comportamentos Maternos*, o *Contato ocular* entre esta díade se apresentou quase inexistente, tendo duas ocorrências apenas na quarta sessão, na qual o bebê tinha um mês em casa e uma ocorrência na décima sessão, quando o bebê tinha cinco meses em casa (Fig.3).

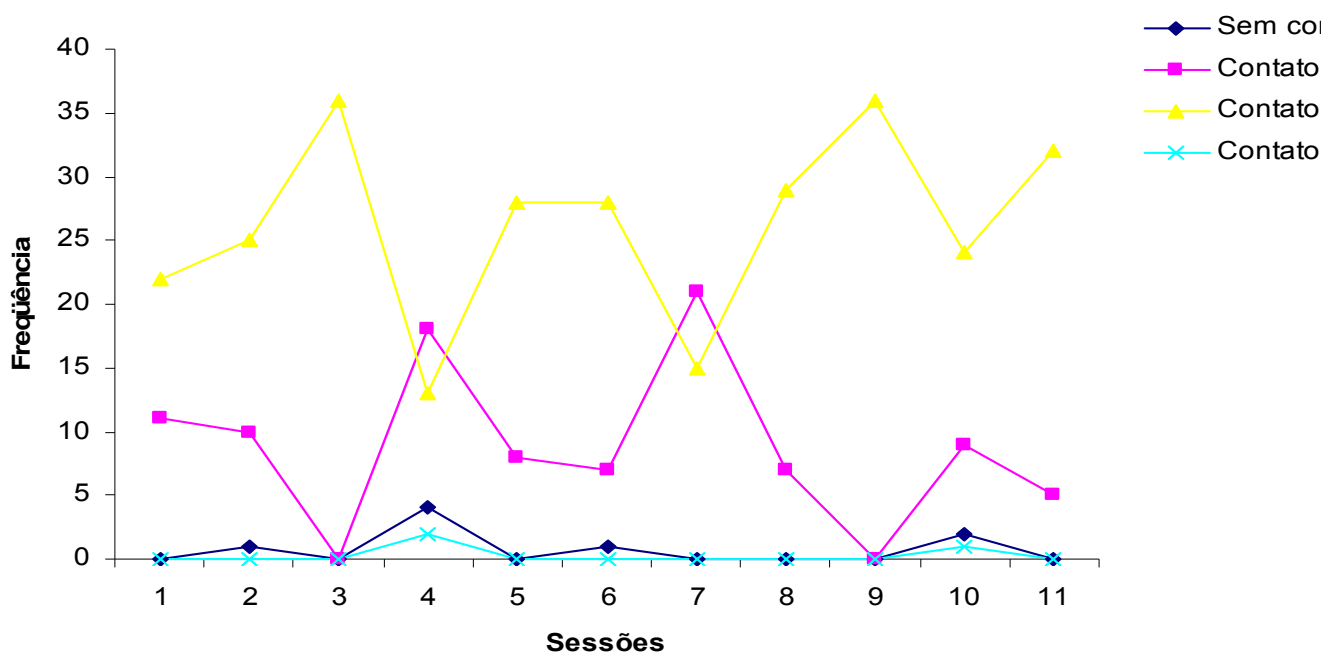


Figura 3 – Frequências das categorias de Comportamentos Maternos na díade Marinete - Mariana.

Verificou-se, ainda, que a frequência de Contato, *de rotina* ou *envolvido*, de uma maneira geral era maior que a frequência de *Sem contato*, a não ser nas duas sessões, terceira sessão (três semanas em casa) e nona sessão (quatro meses em casa), em que não ocorreram nem *Contato de rotina*, nem a categoria *Sem contato*. Chamou-nos atenção a baixa frequência da categoria *Sem contato*, cuja maior frequência situou-se na quarta sessão (4) (Fig.3).

Quanto à relação entre os tipos de Contato, *de rotina* ou *envolvido*, também nesta díade, houve uma proporção inversa entre esses comportamentos, com exceção da sexta sessão (dois meses em casa), na qual a frequência de *Contato envolvido* se manteve constante. O fato do comportamento *Contato envolvido* apresentar suas frequências mais elevadas (36 de frequência em ambas as sessões) justamente nas duas sessões, terceira e nona em que não houve *Contato de rotina*, ilustrou bem essa relação inversa; além disso, podemos citar como exemplo, a quarta sessão, na qual, enquanto o *Contato de rotina* aumentou de 0 para 18, o *Contato envolvido* diminuiu de 36 para 13 (Fig. 3).

Assim, a observação do desenvolvimento dessas categorias ao longo das onze sessões demonstrou que, de uma maneira geral, não houve variações significativas nas categorias *Sem contato* e *Contato ocular*. Todavia, as categorias *Contato envolvido* e *Contato de rotina* apresentaram uma discreta variação. A primeira no sentido do crescimento e a segunda no sentido oposto (Fig.3).

No presente caso, o estado *Alerta sem vocalização* foi o mais freqüente dentre os estados da dimensão *Estados do Bebê*, apenas na terceira sessão sua frequência foi menor que o estado de *Choro* (17 episódios de *choro* para 12 episódios de *Alerta sem vocalização*). A partir da sétima sessão (dois meses e meio em casa), houve uma tendência no sentido da diminuição da frequência do estado *Alerta sem vocalização* (de 35 na sétima a 20 na última sessão), com um ligeiro aumento de sua frequência, de 21 para 23, apenas na décima sessão. Concomitantemente, houve uma tendência no sentido do crescimento da frequência do estado *Alerta com vocalização*, também a partir da sétima sessão (de 1 na sétima a 16 na última sessão) (Fig. 4).

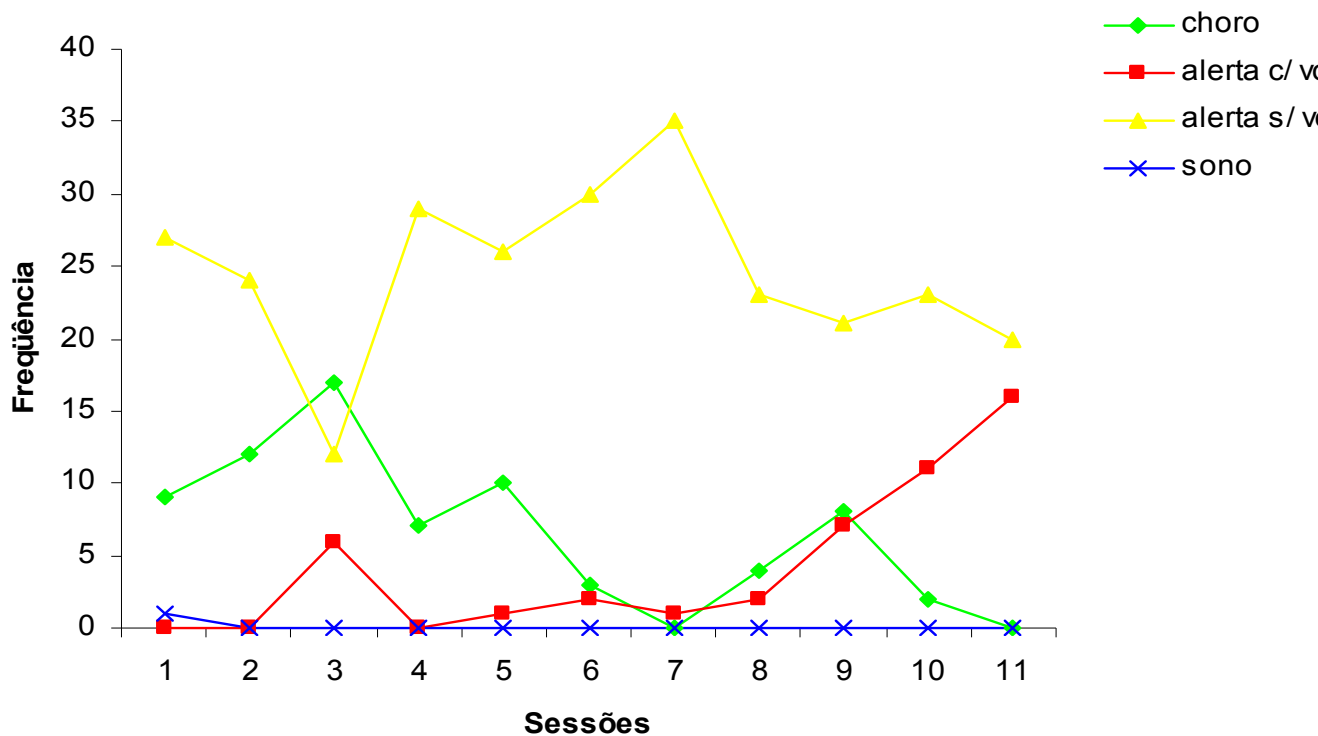


Figura 4- Frequências das categorias de Estados do bebê na díade Marinete-Mariana.

Até a quinta sessão (um mês e meio em casa), foi observada uma relação diretamente proporcional entre o estado de *Choro* e o estado de *Alerta com vocalização*, ou seja, quando havia aumento da frequência do comportamento de *Alerta com vocalização*, havia também aumento da frequência do *Choro* (ver, como exemplo, a terceira sessão, na qual o bebê tinha três semanas em casa, quando o primeiro estado aumentou de 0 para 6 e o segundo de 12 para 17) e o mesmo com relação a sua diminuição (por exemplo, a quarta sessão, quando houve o decréscimo da frequência do primeiro estado de 6 para 0 e do segundo de 17 para 7). Esta relação se inverteu a partir da nona sessão, momento em que o estado *Alerta com vocalização* tendeu a crescer de frequência até a última sessão (de 7 para 16) e o estado de *Choro* tendeu a diminuir até a última sessão (de 8 para 0) (Fig.4).

Quanto ao estado de *Sono*, nesta díade, a análise da dimensão *Estados do bebê*, revelou a presença de um único episódio de *Sono* ou Sonolência na primeira sessão (Fig.4).

De uma maneira geral, a única categoria a não apresentar variação foi o *Sono*. A categoria *Alerta com vocalização* variou em sentido crescente, a partir da quinta sessão, com um ligeiro decréscimo na sétima sessão, finalizando por aproximar-se da frequência da categoria *Alerta sem vocalização*, na última sessão. Já o comportamento de *Choro*, tendeu em sentido decrescente desde a terceira sessão, enquanto o *Alerta sem vocalização* iniciou o aumento da

sua frequência a partir desta sessão, para tender no sentido decrescente a partir da sétima sessão (Fig. 4).

Dentre os bebês pré-termo deste estudo, Mariana apresentou-se como o mais ativo durante as observações. Sua frequência média de choro foi a mais elevada dentro deste grupo, além de não ter sido registrado nenhum episódio de sono no período de observação.

Com relação à média total dos seis casos estudados, o estado de *Choro* situa-se ligeiramente abaixo da média geral, o *Alerta com vocalização*, um pouco acima, o *Alerta sem vocalização* quase que com a mesma média do grupo e o estado de *Sono* abaixo da média geral.

Ao lado deste bebê ativo, encontrava-se uma mãe especialmente responsiva, apresentando, dentre os seis bebês observados, elevada frequência de *Contato envolvido*, bem superior às frequências do grupo, e baixa frequência de *Contato de rotina*, inferior às das demais díades, além da mais baixa frequência de todo o grupo para o comportamento *Sem contato*, menos da metade da média geral.

Este resultado pode ser entendido, dentre algumas possibilidades, pelo fato desta mãe, mesmo demonstrando, nas primeiras sessões insegurança em cuidar do seu bebê, sempre lhe dirigir a palavra, e em mamanhês, mesmo quando não estava em contato direto com ele, o que fez com que os contatos se tornassem envolvidos.

A análise qualitativa desta díade revelou, quanto ao *Saber materno*, que nas primeiras sessões esta mãe mostrava-se insegura com relação aos cuidados, dependendo do pai do bebê para ajudá-la.

Assim, nas três primeiras sessões era o pai quem despia, banhava e vestia o bebê. A partir da quarta sessão a mãe passou a contar com a ajuda da empregada. Apenas na sétima sessão passou a dar o banho do bebê sozinha, o que se repetiu na nona sessão, na décima sessão e na décima primeira sessão.

Porém, desde a primeira sessão, a mãe alternava com o pai uma posição de ajudante dele ou de principal cuidadora. Por exemplo, na primeira sessão, a mãe começou apenas observando o pai, para em seguida passar a instrumentalizá-lo, separando o material para o banho. Aos poucos, ela própria passou a lavar a filha, até que os dois trocaram de posição e foi o pai quem passou a observá-la nos cuidados com o bebê.

Existiam algumas situações em particular em que a mãe dependia especialmente da ajuda do pai do bebê: segurar o bebê na banheira, retirar sua roupa, vesti-la e enxugar seu pescoço (porque, segundo ela, incomodava Mariana).

Assim, na terceira sessão a mãe disse ao bebê, em mamanhês, “Deixe-me ver se aprendi com o papai a trocar a sua roupa”. Na segunda sessão a mãe chegou a dizer ao pai que precisava da sua

ajuda e que ele sabia que ela não tinha jeito, acrescentando que, por causa dessa falta de jeito não teria o segundo filho. Entretanto, *essa falta de jeito* da mãe e, por outro lado, a competência paterna na maternagem, não impediram que essa mãe pudesse desenvolver um saber sobre seu bebê.

Portanto, observamos, desde a primeira sessão, que mesmo enquanto estava na posição de ajudante do pai nos cuidados ao bebê ou estava demonstrando algum tipo de insegurança, esta mãe dirigia-se com frequência ao bebê sempre em pequenas frases em maminhês.

Podemos especular a respeito desse paradoxo, que essa mãe pode desempenhar uma boa maternagem, provavelmente apoiada nas suas referências maternas e em orientar-se a partir da sua própria experiência enquanto filha, além de apoiar-se também na possibilidade do pai do seu bebê em desempenhar, de maneira especialmente competente, a função materna e de ter podido compartilhar o desejo deste homem em ter um filho. Lembremos que a estrutura familiar se organizou em torno dessa maternagem desde o período de gravidez, e tanto sua mãe quanto sua irmã se mudaram para sua casa durante a gestação. Desta forma, não apenas o bebê foi o centro da maternagem, como a própria Marinete também.

Quanto à comunicação entre a díade, o estabelecimento de diálogos foi observado desde as primeiras sessões. Por exemplo, na segunda sessão o bebê chorou e a mãe respondeu logo em seguida em maminhês “Calma, meu amor”; na terceira sessão o bebê choramingou e a mãe respondeu “Calminha”; na quarta sessão o bebê balbuciou e a mãe respondeu “É, eu sei que está gostoso”. Foram observadas também pausas na sucção, seguidas de respostas maternas como, por exemplo, na sexta sessão na qual o bebê fez uma longa pausa, olhou para seu entorno, só voltando a mamar depois que a mãe lhe respondeu com palavras, o que se repetiu na décima sessão. Esses diálogos se mantiveram presentes até a última sessão.

Logo, a partir da segunda sessão já observamos suposição de sujeito e estabelecimento de demanda por parte da mãe: “Eu sei que é fome”; “Tá segurando a mamadeira para não tirar da boca”; “Quer mais, filha?”. Assim como na terceira sessão: “Tá com fome”; “Calma, é fome”; “Quer sair da banheirinha, é?” E, já na segunda sessão e na terceira sessão fala, respectivamente, pelo bebê: “Não vovó”; “Eu quero comer”. Na quarta sessão a suposição de sujeito e o estabelecimento de demandas continuam - “Você gosta, né?” - e não deixam de se apresentar até o final das observações.

Com relação ao estabelecimento de demandas presente nas brincadeiras, observamos frequentes momentos lúdicos como, por exemplo, na sétima e na oitava sessões nas quais a mãe brinca de comer o pezinho do bebê e na última sessão, quando brinca de esconder e fazer aparecer o rosto do bebê. Alguns destes momentos são acompanhados de riso do bebê e da mãe.

Esta díade não apresentou variações no padrão de aleitamento, esse, desde a primeira sessão consta de amamentar olhando e falando com o bebê. O aleitamento foi no peito apenas na primeira e na sexta sessões. A mãe revezava a mamadeira e o peito como medida de controle da quantidade do leite ingerido, possível de ser medido na mamadeira. Lembremos que as mães de bebês nascidos prematuramente, com longos períodos de hospitalização, nunca puderam amamentar seus filhos exclusivamente no peito. E, ainda, diante da insegurança materna com os cuidados dispensados ao bebê, o saber materno encontrava-se vacilante, logo, essa mãe precisava da confirmação objetiva de que sua filha estava bem alimentada, por não ser capaz de inferir que seu bebê estivesse saciado, através de alguns sinais peculiares na comunicação entre eles.

Na primeira sessão e na segunda sessão o pai deu a mamadeira. Na segunda sessão ele comentou que na UTI-Neonatal ele era inseguro para aleitar sua filha, tendo aprendido com uma enfermeira.

Quanto a isso, a mãe conta que ele a deixava insegura, dizendo que ela não sabia como dar a mamadeira à Mariana e que esta poderia ter queda de saturação mamando. Na sétima sessão a mãe retirou a mamadeira da boca do bebê pedindo que ela respirasse, mas logo em seguida pediu desculpas à filha, dizendo ter sido nervoso dela.

Entendemos que participam dessa insegurança materna dois fatores: o primeiro refere-se à dimensão inconsciente da construção do saber materno, relacionado com a sua própria constituição subjetiva, o que tem relação com seus traços de personalidade, como o fato de apresentar-se como controladora e extremamente cautelosa com a higiene pessoal e do meio, assim como com as possibilidades de contágios e, o segundo, os cuidados especiais que um bebê prematuro demanda dos seus cuidadores primários.

Assim, nos pareceu que essa mãe exacerbava as recomendações médicas quanto aos cuidados necessários com o bebê, por exemplo, evitar o contato do bebê com muitas pessoas e com ambientes não assépticos.

Quanto às visitas, durante os primeiros meses em casa, nem seus parentes mais próximos puderam conhecer Mariana, chegando-se ao extremo de nem a própria avó materna poder entrar no quarto do bebê ou tocá-la. Os pais eram os únicos autorizados a entrar no quarto e a tocar no bebê. Mariana permaneceu muitos meses sem ir a lugares públicos, suas saídas restringiam-se a consultas com especialistas da área médica.

Para entrar na casa, era preciso tirar o sapato. A mãe não permitia que o pai sentasse com o bebê em nenhum sofá da casa, por considerá-los pouco limpos – as únicas sessões onde Mariana mamou no sofá da sala foram a sexta e a décima primeira. Na terceira sessão, o pai comenta que os pés da banheira foram retirados pela mãe que tinha medo da altura ser perigosa para sua filha.

Ainda com relação a esses cuidados exagerados com limpeza, a mãe costumava dar longos banhos no bebê, nos quais lavava cada dobrinha minuciosamente, assim como as enxugava com a mesma dedicação. A mãe controlava pessoalmente o preparo do banho do bebê, assim como o preparo das mamadeiras. Os banhos eram dados com todas as portas e janelas de toda a casa fechadas, assim como as do próprio quarto do bebê, visando controlar a temperatura e as impurezas do ar.

Somemos a esse perfil controlador desta mãe os cuidados especiais que um prematuro necessita para a manutenção da sua saúde e até mesmo para a sua sobrevivência e a experiência de um longo internamento hospitalar pela qual passou essa família.

Este bebê costumava ter queda de saturação (nível de concentração de oxigênio circulante) durante grande parte da sua hospitalização, além de ter tido alta hospitalar apresentando refluxo. Assim, em algumas ocasiões esta mãe demonstrava algumas preocupações específicas como, por exemplo, na segunda sessão ela teve medo de Mariana ter falta de ar durante o aleitamento e também pediu para ela abrir a mão porque a fisioterapeuta recomendou que a mantivesse com as mãos abertas sempre que possível.

Com relação a essa experiência de hospitalização, o pai comentou, nas sessões iniciais, que foi muito cansativa e que estavam muito cansados, e por isso, ele costumava revezar com a mãe nos cuidados noturnos. Quanto à suposição dos efeitos desta hospitalização sobre sua filha, ele contou, na segunda sessão, que as luzes da casa não podiam ficar apagadas porque “Mariana tinha medo” por ter se acostumado com as luzes da UTI- Neonatal e também que ela sabia quando iam lhe dar remédio, chorando quando via a seringa. Observamos, então, que a suposição de sujeito estava sendo realizada desde o período de hospitalização ou na atualidade, através de uma re-significação daquela experiência.

Ao lado das marcas que a experiência da prematuridade havia deixado nestes pais, eles, desde a segunda sessão já puderam vivenciar seu bebê de maneira positiva, valorizando-o e reconhecendo-o como um produto seu. Nesta sessão a mãe disse: “Essa pequena é danada!” e o pai riu da voracidade do bebê, além de pedir à mãe que o fotografasse amamentando a filha. Na sétima sessão o pai mostrou para a pesquisadora como a filha era linda, gorda e tinha músculos nos braços e ambos, pai e mãe, exibiram o bom apetite da filha.

A observação da instauração da *função paterna* indicou que, apesar de o pai desempenhar especialmente bem a função materna nos cuidados ao bebê, ele não se restringia a essa função, não mantendo a rivalidade apresentada no período de hospitalização, quando lhe disse, por exemplo, que ela não sabia amamentar sua filha, podendo fazê-la engasgar. Ao contrário, autorizava a mãe nesta função, reconhecendo-a como essencial para a filha, como, por exemplo, na sétima sessão, ao afirmar que mesmo dedicando muito tempo à Mariana, percebia que esta

preferia ficar com a mãe, demonstrando gostar mais dela, no que podemos ainda perceber um resto de rivalidade, porém transformada no reconhecimento do valor daquela mãe.

Por sua vez, quando, na segunda sessão, o pai anunciou pesaroso seu retorno ao trabalho, a mãe o animou e, na voz da filha, disse para ele em mamanhês “É pra comprar meu leitinho papai”, reconhecendo e marcando a importância vital da sua função paterna – se é ela quem dá o leite, é ele quem o fornece.

Como descrição exemplar da *função paterna* já instaurada, observamos que a mãe, em algumas ocasiões, introduzia o pai em conversas com a filha, fazendo-o presente, mesmo quando ausente, como, por exemplo, na quarta sessão na qual disse à filha que iria contar ao pai o que ela estava fazendo, convocando-o, dessa forma, como representante da lei. O retorno da mãe ao trabalho, quando Mariana tinha dois meses em casa, a partir da sexta sessão, certamente desempenhou alguma função paterna.

No bebê percebemos efeitos da instauração da função paterna na medida em que ele passou a apresentar outros interesses além da mãe, como na sétima sessão e na nona sessão, nas quais se encontrava particularmente ativo e olhando com vivo interesse para o desenho no lençol da sua cama, enquanto tomava banho. Assim como na última sessão, ocasião em que não respondia aos apelos da mãe por está absorto no seu interesse pela filmadora.

Caso III: Ana Cristina e Ana Luíza

Família de nível sócio-econômico baixo, residente em bairro pobre, em um pequeno apartamento de dois quartos – um do casal e outro do bebê - uma sala, um banheiro e uma cozinha.

Esse foi o primeiro filho do casal e o primeiro filho sobrevivente desta mulher que teve quatro gestações anteriores, sendo que três resultaram em aborto e uma em parto natural com bebê natimorto. Ela tinha 40 anos no início das observações e trabalhava como professora primária. O pai já tinha dois filhos de outro relacionamento, com as idades de quatro e 12 anos, ambos meninos. Ele tinha 40 anos no início das observações e trabalhava como operador de máquinas em indústria de alumínio.

A família contratou uma empregada doméstica quando Ana Luíza tinha três meses em casa, porém a funcionária não dormia no serviço. Ana Lúcia voltou a trabalhar quando Ana Luíza tinha seis meses de idade, ou seja, entre a nona sessão e a décima sessão.

O bebê era uma menina nascida prematuramente, com 31 semanas gestacionais e pesando 1.100 gramas, em hospital de referência de Salvador, onde permaneceu internada por 54 dias, tendo

tido alta com 38 semanas gestacionais e pesando 2.200 gramas. Sua prematuridade foi moderada, sendo que o motivo da hospitalização longa deveu-se ao fato de ter nascida *pequena para a idade gestacional* (PIG – de acordo com a curva de crescimento intrauterino de Battaglia & Lubchenco, 1967), devido a problemas na placenta que dificultaram a oxigenação fetal. Ela passou à alimentação semi-sólida quando tinha oito meses de idade e foi desmamada do seio quando tinha onze meses de idade, ou seja, ambas as situações ocorreram após o período de observação do presente estudo.

Neste caso, a análise da dimensão *Comportamento Materno* demonstrou que a frequência dos contatos, fossem eles *envolvido* ou *de rotina*, foi sempre mais alta que a frequência da ausência de contato, porém, na quinta sessão, quando o bebê tinha um mês e 13 dias em casa, as frequências desses três comportamentos se aproximaram muito (11 para *Sem contato*; 12 para *Contato de rotina* e 13 para *Contato envolvido*), sendo esse o momento de maior frequência do comportamento *Sem contato* (Fig. 5).

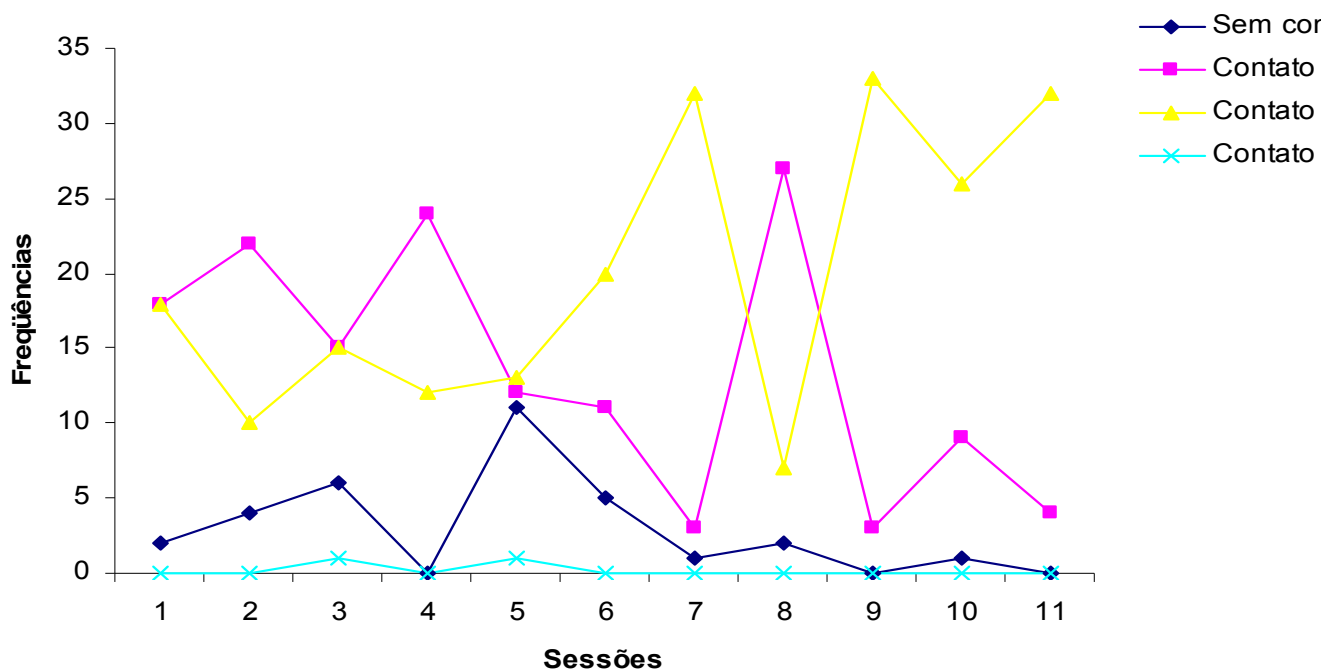


Figura 5 – Frequências das categorias de Comportamentos Maternos na díade Ana Cristina-Ana Luiza.

Foi notável que tenha acontecido também na quinta sessão um dentre os dois episódios registrados de *Contato ocular* entre esta díade, que também ocorreu na terceira sessão (Fig. 5).

Além da confluência das frequências das três categorias *Contato de rotina*, *envolvido* e *Sem contato*, observada na quinta sessão, verificamos, ainda, três momentos onde as frequências do

Contato de rotina caíram particularmente, aproximando, em termos de frequência, este comportamento do comportamento *Sem contato*: na sétima sessão (o bebê tinha dois meses e 25 dias em casa), na nona sessão (quatro meses e oito dias em casa) e na décima primeira sessão (com seis meses e cinco dias em casa) (Fig. 5).

No que diz respeito à relação entre os tipos de Contato, *envolvido* e de *rotina*, observamos uma proporcionalidade invertida entre eles, justamente nos pontos de pico desses comportamentos, ou seja, quanto mais um decaía de frequência, mas o outro elevava sua frequência e vice-versa, por exemplo, na oitava sessão - quando o bebê tinha três meses e dez dias em casa - enquanto o comportamento de *Contato de rotina* aumentou sua frequência de 3 para 27, o comportamento de *Contato envolvido* diminuiu sua frequência de 32 para 7. Apenas em duas sessões podemos notar a exceção para essa regra, na terceira (o bebê tinha 19 dias em casa) e na quinta sessões, nas quais os dois comportamentos mantiveram as frequências próximas (na terceira sessão, 15 para os dois comportamentos e, na quinta sessão, 12 para o *Contato de rotina* e 13 para o *envolvido*). Já na última sessão, observamos esse antagonismo entre os *Contatos de rotina* e *envolvido* se mantendo numa tendência, de um lado, no sentido da diminuição da frequência do *Contato de rotina* e, de outro lado, no sentido do aumento da frequência do *Contato envolvido* (Fig.5).

Uma análise das variações de frequência dessas categorias ao longo da observação revela que não houve variação do comportamento *Contato ocular*, havendo uma leve variação do comportamento *Sem contato*, que tendeu a diminuir sua frequência entre a primeira sessão (o bebê tinha quatro dias em casa) e a última sessão. Já os comportamentos *Contato envolvido* e *Contato de rotina* sofreram variações entre o início e o final das observações: o primeiro no sentido crescente e o segundo no sentido decrescente, sendo que essa tendência se potencializou na oitava sessão, onde houve um pico de aumento do *Contato envolvido* e um pico de diminuição do *Contato de rotina* (Fig. 5).

O exame da dimensão *Estados do bebê* evidenciou que o estado de menor frequência foi o de *Sono* ou sonolência, que só se manifestou na primeira sessão, com a frequência nove, e na segunda sessão, com a frequência um; seguido do estado de *Choro*, presente em quatro sessões, por exemplo, na segunda sessão, na qual o bebê tinha onze dias em casa; na quinta sessão; na sexta sessão, quando o bebê tinha dois meses em casa, e na sétima sessão (Fig. 6).

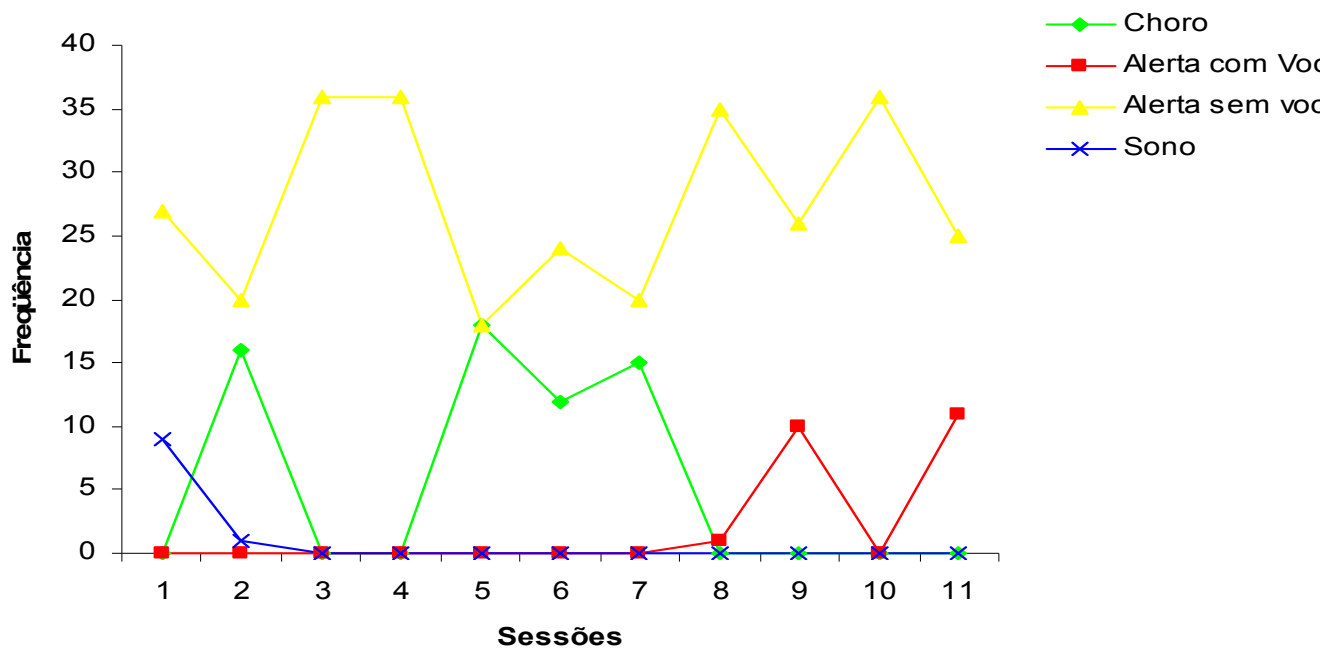


Figura 6 – Frequências das categorias de Estados do bebê na díade Ana Cristina - Ana Luiza.

Já o estado de maior frequência foi o *Alerta sem vocalização*, excetuando-se um único momento, na quinta sessão, na qual sua frequência foi equivalente à frequência do estado de *Choro* (18) (Fig. 6).

Até a oitava sessão, observamos uma relação inversa entre os estados de *Choro* e de *Alerta sem vocalização* na medida em que, enquanto o primeiro aumentava, o segundo diminuía e vice-versa, por exemplo, na oitava sessão, enquanto o estado de *Choro* diminuiu de 15 para 0, o estado de *Alerta sem vocalização* aumentou de 20 para 35. Apenas na quinta sessão os dois estados mantiveram a mesma frequência (18). A partir da oitava sessão, o estado de *Choro* tornou-se ausente e, por sua vez, o estado de *Alerta sem vocalização* oscilou entre aumentos e quedas na sua frequência (Fig. 6).

Já o estado *Alerta com vocalização* se manteve ausente até a oitava sessão, quando assumiu uma tendência opostora com relação ao estado *Alerta sem vocalização*, ou seja, quando o primeiro aumentava, o segundo diminuía, sendo o contrário também verdadeiro, tendo visto a nona sessão, na qual, enquanto o *Alerta com vocalização* aumentou de 1 para 10, o *Alerta sem vocalização* diminuiu de 35 para 26. Na última sessão vimos a permanência desse antagonismo numa tendência, de um lado, no sentido crescente do estado *Alerta com vocalização*, de 0 para 11, e, de outro lado, uma tendência em sentido decrescente do *Alerta sem vocalização*, de 36 para 25 (Fig. 6).

Portanto, de um modo geral as variações observadas nas frequências das categorias ao longo das onze sessões demonstram que não houve variações visíveis nem no estado de *Sono*, nem no estado de *Choro*, nem no estado *Alerta sem vocalização*, tendo havido uma pequena tendência em direção ao crescimento da frequência do estado de *Alerta com vocalização*.

Com relação aos comportamentos maternos e aos estados dos bebês, essa díade, comparada às outras duas do grupo composto por bebês pré-termo, mostrou uma frequência moderada de respostas, tanto de contato quanto de sua ausência. Também com relação aos estados no bebê, observaram-se frequências intermediárias, sugerindo uma díade tranqüila.

A mãe dessa díade apesar de silenciosa, demonstrava estar muito contente com a maternidade, sorrindo sempre que estava com o seu bebê. Ela dizia sentir-se finalmente realizada por ter conseguido ser mãe, fazendo, desta forma, referência às suas quatro perdas anteriores.

Mesmo falando muito pouco com o seu bebê, quando o fazia era em mamanhês, e tendia a responder aos choros do bebê como uma demanda endereçada a ela, o que demonstrava engajamento na função materna.

Em alguns momentos, como na segunda sessão, por exemplo, o choro do bebê não era respondido de imediato, assim como ela não conseguia acalmar o bebê em todas as situações, porém isto não a deixava inquieta, quando respondia ao bebê o fazia aparentando tranqüilidade.

Desde a primeira sessão essa mãe falou, pelo bebê, com o pai em mamanhês e com o próprio bebê: “Cabô neném, cabô”, já supondo nele um sujeito que lhe endereça uma demanda e já estabelecendo com ele um diálogo, na medida em que respondeu assim ao seu choro. Na segunda sessão esteve especialmente silenciosa e quando falou não foi dirigindo-se ao bebê e sim o tomando como objeto da sua fala (“Ela mama bem!”), ao mesmo tempo em que a exibiu para a filmadora.

Embora se mantendo silenciosa durante as sessões, essa mãe fazia o reconhecimento do seu bebê de maneira valorizada, exibindo-o para o olhar do outro (a filmadora ou a pesquisadora, por exemplo). Como foi o caso na terceira sessão, na qual só falou com a filha depois que ela estava vestida, após o banho, dizendo-lhe “Pronto”, porém mostrou para a pesquisadora, com evidente orgulho, que ela estava chupando o dedo.

Este reconhecimento do seu bebê se dava também através da exibição das suas aquisições, como, por exemplo, na nona sessão, na qual exibiu o tônus muscular do bebê e o fato dele ficar de pé e de pular, quando segurado. E na décima sessão, em que disse que a filha estava “durinha” e a exercitou a rolar na cama e a mostrou sentada. Assim como na última sessão, em que, com entusiasmo, mostrou a filha segurando um brinquedo e levando-o à boca.

Essa mãe cuidava sozinha do seu bebê, até os três meses dele em casa. Apenas na primeira sessão teve a ajuda do pai para o banho, nas outras sessões em que ele esteve presente sua participação mais efetiva ocorria em torno de brincadeiras com o bebê ou em observar o aleitamento.

Na segunda sessão o pai ajudou a dar o remédio e enxugou o suor da mãe durante o aleitamento; já na quarta sessão ele ajudou colocando o sabão no algodão e entregando-o para a mãe, mantendo uma certa distância da banheira, como se delimitasse os territórios parentais, porém ajudou a enxugar o bebê, sempre brincando com ele. Nesta sessão o pai estimulou o bebê a olhar e a pegar a mamadeira, apostando nas possibilidades da filha e, mesmo diante da ausência de resposta dela, demonstrava estar muito satisfeito em ter aquele bebê. Na sessão seguinte, a quinta, o pai respondeu ao choro do bebê com brincadeiras – sacudiu o bebê – e ela continuou a chorar, só parando quando ele a despiu para o banho; nesse instante a mãe estava se dedicando aos cuidados de rotina. Na oitava sessão, além de brincar com a filha, o pai carregou-a, exibindo-a para a filmadora.

Essa mãe demonstrava segurança e destreza nos cuidados ao bebê e, mesmo quando se referia a prematuridade de Ana Luiza, o fazia com otimismo, como, por exemplo, na primeira sessão em que afirmou que a pediatra havia dito que ela estava ótima; ou na quarta sessão em que a exercitou para que aprendesse a rolar na cama, sendo esta uma demanda da fisioterapeuta, fazendo-o com alegria, ressaltando seu potencial de aprendizagem, sem se referir a algum atraso do bebê.

Quanto ao estabelecimento de demandas, este esteve presente nas brincadeiras entre a díade nas terceira, quinta, sexta, oitava e décima sessões, nas quais o bebê respondia à mãe agitando as pernas (quinta sessão) ou sorrindo (sexta e oitava sessões). Na décima sessão, quando o bebê tinha cinco meses e oito dias em casa, a brincadeira de morder a barriga do bebê era acompanhada da fala materna dizendo que comeria a sua barriguinha e afirmando saber que ele gostava daquela brincadeira.

Quanto ao aleitamento, a mãe relatou um saber sobre o seu bebê e uma adaptação aos seus ritmos. Segundo ela, a filha preferia o peito e ela preferia lhe dar o peito durante a noite, momento em que percebia que seu bebê ficava especialmente alegre.

O padrão de aleitamento dessa díade variou um pouco ao longo das sessões de observação. Na primeira sessão a mãe se restringiu a olhar para a filha enquanto amamentava, porém, ao colocá-la para arrotar, a cheirou e a acariciou. Na segunda sessão, ela olhou e tocou a mão do bebê. Na terceira, na quarta e na sexta sessões, apenas olhou para o bebê enquanto amamentava. Já na quinta sessão, além de olhar para o bebê, a mãe falou com ele uma única vez. Na sétima sessão, além de olhar para o bebê, a mãe o tocou e o bebê segurou no seu dedo. Nessa sessão, enquanto

amamentava ao seio, comentou com a pesquisadora sobre a voracidade do bebê quando mamava no peito. Na oitava sessão o aleitamento também foi no seio e, além de olhar, a mãe tocou no bebê que segurou na mão da mãe. O pai assistiu ao aleitamento nessa sessão e comentou sobre a voracidade do bebê. Nas três últimas sessões o padrão de aleitamento consistiu em olhar e tocar o bebê.

A instituição da *função paterna* parece ter ocorrido sem dificuldade. A mãe, desde que pôde contar com a ajuda da empregada, passou a se ocupar de outros interesses além do bebê. Em algumas sessões de filmagem, a pesquisadora teve que esperar seu retorno a casa já que ela saía com frequência para resolver questões as mais diversas, relativas tanto a banco ou a plano de saúde, como relativas a compras para ela e para o bebê.

Desde a primeira sessão, a mãe anunciou seu retorno ao trabalho para dali a cinco meses, pois tinha conseguido, além da Licença Maternidade, um período longo de recesso da escola onde lecionava. Quando o retorno ao trabalho ocorreu, ela demonstrou tranquilidade e confiança na empregada que cuidaria de Ana Luiza. Do lado do bebê, foi observada a demonstração de outros interesses além da mãe, a partir da oitava sessão, quando ele demorou-se olhando para o seu entorno. Na nona sessão e na décima primeira sessão a filmadora lhe despertou um interesse particular, sendo que na última sessão ele deixou de responder à mãe para contemplar a filmadora, ao que a mãe lhe respondeu, reconhecendo o seu interesse: “Você não quer, mamãe? Não quer o suco para ficar olhando a filmadora...Tem que tomar para ficar forte!”

Como ocorreu com os demais prematuros estudados, o aleitamento não pode se dar exclusivamente no seio, devido a restrições impostas pela prematuridade e pela hospitalização. No entanto, foi notável nesta díade o longo período de aleitamento no seio (até os onze meses de idade – após o período de observação do presente estudo). Além da disponibilidade de tempo em casa com o seu bebê, (cinco meses – período situado entre a oitava e a nona sessão) entendemos sua dedicação ao aleitamento, não como uma fragilidade na função paterna que resultasse em dificuldade em separar-se do seu bebê, mas como a expressão do desejo de ter um filho, tendo essa mãe perseverado nesse desejo, mesmo após ter tido quatro tentativas frustradas.

Bebês a termo

Caso IV: Paula e Lara

Essa família morava em bairro residencial de classe média, considerado *nobre*, em prédio com elevador e garagem privativa. O apartamento, alugado, tinha dois quartos, sendo um do casal e outro do bebê, dois banheiros, uma sala, uma varanda e uma cozinha. A família passou a contar

com a ajuda de uma empregada doméstica quando o bebê tinha seis meses, porém esta não dormia na casa.

Esta família era composta pelo bebê, pelo pai, músico e produtor musical, com nível superior em curso, tendo 24 anos no início das observações e pela mãe, cientista política/ consultora do terceiro setor, com mestrado, tendo 34 anos no início das observações. Este foi o primeiro filho do casal, sendo que nenhum dos dois tinha filhos de outros relacionamentos e os dois eram solteiros.

Essa foi a terceira gravidez de Paula, porém, as duas primeiras foram intencionalmente interrompidas nos primeiros meses. Essa gravidez, fruto de um namoro recente, não foi programada, tendo sido o motivo principal para que o casal passasse a morar junto, o que aconteceu no quarto mês da gestação. Esse casal se separou quando o bebê tinha seis meses de idade.

O bebê era uma menina nascida a termo, com 40 semanas gestacionais, pesando 3.625 gramas, em hospital de referência em Salvador, tendo tido alta hospitalar no segundo dia após o nascimento, pesando 3.600 gramas.

Paula voltou ao trabalho quando Lara tinha dois meses, sendo que seu horário de trabalho era bastante flexível. Com cinco meses Lara passou a comer semi-sólido e com seis meses e meio foi desmamada do seio.

Ao analisarmos quantitativamente a dimensão *Comportamentos Maternos* dessa díade, observamos que o comportamento *Contato envolvido* foi o de maior frequência, com exceção da terceira sessão (o bebê tinha vinte dias em casa), na qual o *Contato de rotina* apresentou uma frequência mais elevada, 21, para 13 do *Contato envolvido* (Fig. 7).

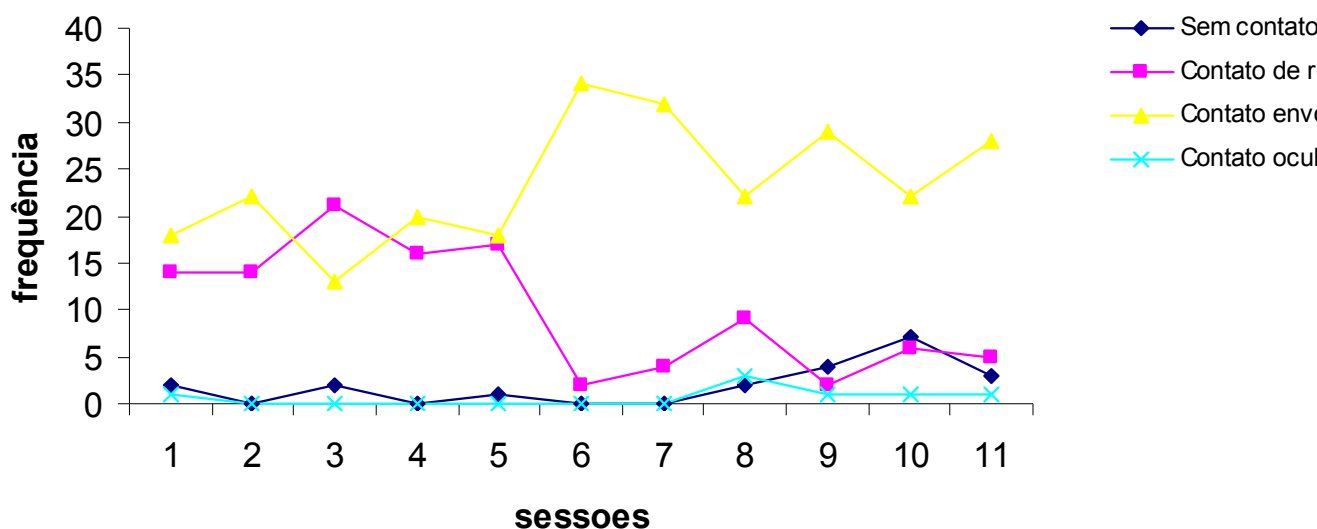


Figura 7 – Freqüências das categorias de Comportamentos Maternos na díade Paula – Lara.

Já o comportamento menos freqüente, como nos demais casos, foi o *Contato ocular*, que ocorreu em único episódio na primeira sessão (o bebê tinha cinco dias em casa), na sétima sessão (dois meses e meio em casa), na nona sessão (quatro meses em casa), na décima sessão (cinco meses em casa) e na décima primeira sessão (seis meses em casa), sendo mais freqüente que outro comportamento apenas na oitava sessão (três meses em casa), na qual sua freqüência foi mais elevada que a do comportamento *Sem contato* (de 3 para 2) (Fig. 7).

Na maior parte do tempo, a presença de Contato, *de rotina* ou *envolvido*, foi maior que sua ausência, com exceção da nona sessão, na qual a categoria *Sem contato* (4) teve a freqüência mais elevada que a categoria *Contato de rotina* (2) e da décima sessão, onde essa ligeira superioridade também foi observada (7 para o *Sem contato* e 6 para o *Contato de rotina*) (Fig. 7).

Também nessa díade verificamos a proporção inversa entre os Contatos *envolvido* e *de rotina*, na medida em que, enquanto o primeiro aumentava, por exemplo, na sexta sessão (dois meses em casa), de 18 para 34, o segundo diminuía de 17 para 2; sendo na segunda sessão (doze dias em casa) o único momento onde essa relação inversa não foi observada, já que a freqüência do *Contato de rotina* permaneceu constante (14) (Fig. 7).

De modo geral, não houve mudanças visíveis nas categorias *Sem contato* e *Contato ocular* ao longo do período de observação. Entretanto, no que diz respeito às categorias *Contato envolvido* e *Contato de rotina*, observou-se que, nas primeiras sessões, essas duas categorias tinham freqüências aproximadas. A partir da sexta sessão, ocorreu uma clara diferenciação, aumentando o contato envolvido e reduzindo o de rotina, o que sugere o desenvolvimento de um relacionamento mais seguro e prazeroso ao longo do tempo.

A análise da dimensão *Estados do Bebê* evidenciou o estado *Alerta sem vocalização* como o mais freqüente, tendo, apenas em duas ocasiões, na segunda sessão e na terceira sessão (vinte dias em casa), apresentado freqüência menor que a do estado de *Choro* (13 para 23 e 12 para 24). Não houve registro de sono durante o as sessões de observação em todo o período acompanhado (Fig. 8).

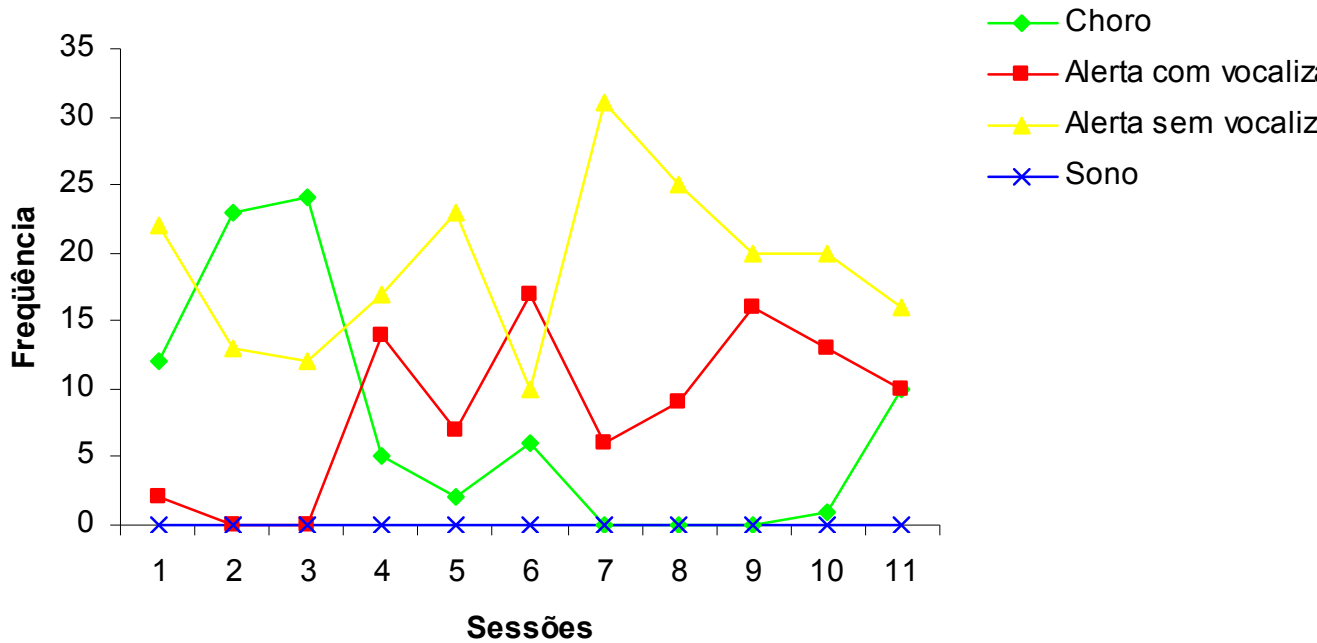


Figura 8 – Frequências das categorias de Estados do bebê na díade Paula – Lara.

Também nesse caso, a relação inversa entre o estado de *Choro* e o estado de *Alerta sem vocalização* foi comprovada até a sétima sessão, já que, enquanto um aumentava sua frequência, o outro diminuía a sua, como visto na quarta sessão (vinte e seis dias em casa), por exemplo, na qual, enquanto o *Choro* diminuiu sua frequência de 24 para 5, o *Alerta sem vocalização* aumentava de 12 para 17. Durante o intervalo entre as sétima e nona sessões, a frequência do *Choro* se manteve nula, voltando a crescer da nona sessão em diante, retomando a referida relação invertida (Fig 8).

Por sua vez, os estados *Alerta com vocalização* e *Choro* mantiveram uma relação diretamente proporcional entre a quinta sessão (um mês e meio em casa) e sétima sessão; por exemplo, ambos decaíram na quinta sessão, havendo uma queda de 14 para 7 da frequência do estado *Alerta com vocalização* e de 5 para 2 do estado *Choro*, sendo que nesse intervalo estes dois estados mantiveram, ainda, uma relação de proporcionalidade inversa com o estado *Alerta sem vocalização*, na medida em que, por exemplo, na sétima sessão, enquanto os dois estados, *Choro* e *Alerta com vocalização*, decaíram de frequência (o primeiro, de 6 para 0 e o segundo de 17 para 6), o estado *Alerta sem vocalização* aumentou sua frequência de 10 para 31 (Fig 8).

Notamos ainda que, entre as segunda e terceira sessões, os três estados, *Choro*, *Alerta com vocalização*, *Alerta sem vocalização*, mantiveram suas frequências quase que constantes (de 23 para 24, para o *Choro*; mantendo-se nula para o *Alerta com vocalização* e de 13 para 12, para o *Alerta sem vocalização*) (Fig 8).

Ao longo do período de observação não foram encontradas variações significativas no estado de *Sono* e no estado de *Alerta sem vocalização*, porém houve variações nas demais categorias. A partir da terceira sessão, o estado de *Choro* sofreu variações no sentido decrescente e o estado de *Alerta com vocalização* no sentido crescente, sugerindo uma mudança nos padrões de vigília da criança, resultante, como esperado, de um amadurecimento progressivo.

De modo geral, o bebê dessa díade apresentava-se como um bebê ativo. Apesar de não chorar tanto quanto os outros dois bebês a termo observados, vocalizava bastante, bem mais que os outros cinco bebês deste estudo, além de não apresentar nenhum episódio de sono durante as observações. Sua frequência de choro encontrou-se acima das frequências de cada um dos bebês prematuros, porém abaixo das frequências dos bebês a termo.

Visando aprofundar esses achados, partimos para uma análise qualitativa dos dados e observamos, quanto à categoria *Saber Materno* que, desde a primeira sessão, quando o bebê tinha apenas cinco dias em casa, essa mãe realizava todos os cuidados com ele sem nenhuma ajuda. Apenas na segunda sessão, na qual ele tinha doze dias em casa, o pai participou do banho, aparentemente atraído pela filmagem, e não por uma necessidade de ajuda da mãe. Os cuidados eram oferecidos por ela ao bebê sem muita demonstração de insegurança, e quando se assustava era sempre com relação a algum comportamento do bebê e não em função de alguma atitude sua que resultasse em um ato desastroso, como na primeira sessão em que se assustou com o silêncio do bebê, demonstrando uma estranheza frente a este, um desconhecimento do que poderia vir do bebê; ou, em situações de aleitamento em que ficou apreensiva com o engasgo do bebê.

Porém, ao lado da não familiaridade com relação ao bebê, aos seus comportamentos e produções, essa mãe quase fez, na primeira sessão, suposição de sujeito em relação ao seu bebê (“Dá a impressão que ela fica mamando e pára pra me observar”). Mas, se analisarmos o conteúdo das frases dirigidas ao bebê (“Estou te segurando, não deixo você cair”; “Já vai”; “Dá a mão”; “Tá contrariada”), podemos localizar a mãe, nesta identificação primordial, ela própria, como o sujeito do desamparo, ainda transitando em direção a possibilidade de supor um sujeito no seu bebê, o que ficou evidenciado pelo fato de que, nessa mesma sessão, o saber sobre o bebê apresentava-se como um *saber técnico*, não capaz de fazer suposição de sujeito (“Acho que ela não me vê ainda não”).

A partir da segunda sessão, a suposição de sujeito por parte da mãe tornou-se mais efetiva e ela se dirigiu ao bebê da seguinte maneira “Vamos passear, tomar sorvete”; “Não fique brava”. Na quinta sessão, quando o bebê tinha um mês e meio em casa, ela também se dirigiu a ele enquanto sujeito (“Está reclamando”, “Tá bom aí?”, “O que está lhe incomodando?”), como também na sexta sessão, na qual o bebê tinha dois meses em casa, (“Vamos pentear o cabelo”).

Curiosamente, na terceira sessão, essa mãe relatou que durante a gestação percebia que o bebê “se exercitava” quando ela fazia aulas de dança, e, na quarta sessão, reconheceu o bebê como muito “duro”, relacionando este fato às aulas de dança durante a gestação. Esta identificação materna (a mãe dedicava-se muito à malhação) com o bebê, desde antes do nascimento, pode servir como uma preparação na gestação para uma possibilidade futura de se relacionar com o bebê enquanto um sujeito, ou seja, enquanto alguém já apresentando uma subjetividade.

A princípio, essa díade apresentou-se particularmente silenciosa, no decorrer das quatro primeiras sessões (na terceira sessão, quando o bebê tinha vinte dias em casa e na quarta sessão, com vinte e seis dias em casa). Por um lado, a mãe falava pouco com o bebê e mesmo com a pesquisadora ou as pessoas do seu entorno, e, por outro lado, o bebê chorava pouco, mesmo durante o banho. Nessas primeiras sessões a fala materna apresentava-se esvaziada do estilo particularmente dirigido à criança – o *mamanhês*.

Quanto à eficácia em acalmar o bebê, a mãe não teve êxito na primeira sessão, e, talvez por não se sentir ainda competente diante desta tarefa, ofereceu brinquedos para captar o interesse do bebê, como se ela própria não soubesse como ser interessante para este.

Também observamos nessa díade que, para a construção do saber materno fez-se necessário que a mãe reconhecesse o seu bebê como um produto seu e, assim, se reconhecesse nele para, então, reconhecer-se como mãe, o que começou a se efetivar a partir da segunda sessão: “Ele tem as mãos grandes”!

Porém, no que se refere ao reconhecimento do bebê como um produto seu, a mãe dá poucos sinais de identificação com o bebê ou de reconhecimento de traços familiares nele. O que observamos da ordem do reconhecimento se dá a partir da quarta sessão, através da exibição das aquisições do bebê.

Foi também a partir da quarta sessão que a mãe tornou-se menos silenciosa e inaugurou a rotina de massagear o bebê pelo método Shantala, sempre antes do banho, momento em que passou a conversar com a pesquisadora. Foi também a partir desta sessão que observamos, mais claramente, a mãe supor demandas por parte do seu bebê: “Agora vai chorar de frio”, configurando, então, um saber sobre o filho, saber este que passava ainda pela fase intermediária de construção e se apresentou, nessa sessão, ainda como um saber *técnico* sobre o bebê: “Tem que fazer tudo rápido, senão fica doente”. Nessa fase intermediária da construção do saber materno, o olhar da mãe parecia mais direcionado ao organismo do bebê, em contraposição ao corpo simbolicamente investido: “Unha suja” (quarta sessão); “Ela já está dura” (quarta sessão); “Unhas grandes e sujas” (quinta sessão).

Desde então, a mãe não mais cessou de supor demandas por parte do seu filho, o que pode ser ilustrado pelas seguintes situações que devem ser tomadas como indicadores do estabelecimento

de demandas do bebê por parte da mãe: por exemplo, na sexta sessão na qual significou o choro como frio ou supôs uma intencionalidade no seu olhar (“Quer olhar a lata?”), assim como lhe supôs um incômodo (“O que está lhe incomodando?”). Na sétima sessão, na qual o bebê tinha dois meses e meio em casa, a criança fez gracinhas e a mãe brincou e gargalhou com ela, além de lhe oferecer um brinquedo para olhar e na oitava sessão, na qual o bebê tinha três meses em casa e na nona sessão, com quatro meses em casa, ofereceu-lhe um brinquedo para segurar, exibindo a sua aquisição. Na oitava sessão, quando a mãe falou num estilo particularmente dirigido à criança e a criança reagiu ao maminhês, como também a criança reagiu, sorriu ou vocalizou quando a mãe ou outra pessoa estava se dirigindo a ela e, na décima sessão, na qual a criança utilizava sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades (“Quando quer comer fica assim comendo a mão; quando fica agoniada assim é porque quer tomar banho”).

Percebemos que, a partir do momento em que a mãe passou a supor demandas vindas do bebê e dirigidas a ela, o saber materno evoluiu a cada sessão, o que pode ser ilustrado com a nona sessão, na qual o bebê engasgou e a mãe respondeu com calma e eficiência à situação.

Do lado do bebê, o saber materno vem acompanhado pela conquista de novas aquisições, tais como sentar e levar objetos à boca, o que foi observado, por exemplo, na décima sessão, na qual o bebê tinha cinco meses em casa.

A conquista do saber materno pode ser conferida também na última sessão, quando o bebê tinha seis meses em casa, onde havia estabelecimento de demanda e suposição de sujeito. Nesta sessão, a mãe percebia alguns comportamentos da criança como um pedido dirigido a ela, por exemplo, “Quando levanta os bracinhos assim, é que quer que eu carregue”; “Está querendo beber do meu copo”. Observamos também nesta sessão que, durante os cuidados corporais, a criança buscava ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe, por exemplo, pegava nos seus cabelos, no seu colar, ria para ela, gargalhava. Além disso, a criança demonstrava gostar ou não de alguma coisa e, assim, chorava quando não queria ficar deitada ou quando não queria comer, por exemplo. Como também a mãe dava suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe esforços como, por exemplo, quando o bebê queria levar um brinquedo à boca, a mãe facilitava a sua preensão, mas deixava que ele completasse o movimento de levá-lo até a boca sozinho. E, ainda, a criança já aceitava alimentação semi-sólida e variada.

No que se referiu à categoria *Comunicação* dessa díade, foi observado que a mãe tendia a falar pouco e, por vezes, até a manter-se silenciosa durante os cuidados, como foi o caso do banho da segunda sessão e, ao seu turno, o bebê costumava chorar pouco, de uma maneira geral, e até mantinha-se quase sem chorar, como durante a terceira sessão ou sem chorar, como nas quinta e sétima sessões.

Quanto ao uso do mamanhês na comunicação entre a díade, este se tornou mais evidenciado a partir da oitava sessão, o que nos parece tardio. Porém, em sessões anteriores, como a terceira e a quarta sessões, a mãe já falava pelo bebê num estilo infantilizado (“Ui”) que pode ser entendido como o manhês tímido dessa mãe verbalmente contida com relação a sua filha.

No que diz respeito, mais especificamente, ao estabelecimento de diálogos entre a díade, observamos que, na primeira sessão, o bebê fazia pausas de sucção quando a mãe falava durante o aleitamento, porém esta não respondia às pausas que o bebê fazia, não estabelecendo o diálogo entre os dois (“Dá a impressão que ela fica mamando e pára pra me observar”).

Este diálogo tornou-se possível a partir da segunda sessão, na medida em que a mãe respondia aos choramingos do bebê (“Tá melhor?”), ao que o bebê a respondia com balbucios e ela lhe respondia de volta (“Então tá!”). A partir de então, o diálogo entre a díade não deixou mais de existir, até a última sessão. Como, por exemplo, na terceira sessão quando o bebê espirrou e a mãe respondeu “Ui” ou na quarta sessão, na qual o bebê soluçou e a mãe respondeu “Ui”.

Ainda com relação ao estabelecimento de diálogo entre esta dupla, foi observado que a mãe falava com a criança dirigindo-lhe pequenas frases, como na quinta sessão, por exemplo, na qual lhe disse “Quer? Ta bom? Então tá.”, e na sexta sessão, quando o bebê choramingou e, como resposta, a mãe lhe dirigiu a palavra.

Observamos também, no que se refere ao estabelecimento de diálogo, que, na sexta sessão, o bebê fez pausa na sucção quando a mãe falou com ele e que, na sétima sessão, a mãe propôs algo à criança e aguardou a sua reação (“Qué mais não?”).

Com relação, ainda, a pausas e intervalos que estabelecem uma troca comunicativa, verificou-se que também as trocas de olhares podem ter essa função de organizar uma interação a partir de uma evocação e da resposta a esta. Assim, observamos que houve troca de olhares entre a criança e a mãe na oitava e nona sessões e que a criança procurava ativamente o olhar da mãe, na nona sessão. Além disso, a criança solicitava a mãe e fazia um intervalo para aguardar a sua resposta, como, por exemplo, na décima sessão, e o bebê respondia à mãe com sons e movimentos corporais, também nesta sessão. Além disso, a criança começou a diferenciar o dia da noite, na oitava sessão, o que indicou a internalização de pausas significantes, sendo indicador da instauração da função paterna, já que demonstra uma adaptação a variáveis ambientais.

Também os jogos e brincadeiras entre a díade, presentes em algumas sessões, como na oitava sessão, demonstraram o uso de intervalos que se prestam à comunicação, além de indicar também o estabelecimento de demandas, já que nesses jogos a mãe supõe alguma intencionalidade da criança.

A análise da categoria *Padrão de Aleitamento* evidenciou que, nas quatro primeiras sessões a mãe costumava olhar e tocar seu bebê, mantendo-se silenciosa. Na quinta sessão esse padrão se manteve, sendo interrompido num único instante em que a mãe falou para o bebê não dormir. Já na sétima sessão, a mãe conversou com o bebê durante o aleitamento, no entanto, retomando o padrão anterior nas sessões seguintes (sétima, oitava e nona sessões). Também na sétima sessão o bebê demonstrou interesse pelo meio ambiente, durante o aleitamento. Nas duas últimas sessões a mãe, além de tocar e olhar o bebê, falava com ele, sendo que na décima sessão a mãe brincou com o bebê durante o aleitamento e este segurou no braço da mãe.

Nessa díade, o desmame no peito ocorreu quando Lara tinha seis meses e meio de idade, portanto, após o final das observações. Já sua passagem para a alimentação semi-sólida se deu aos cinco meses de idade, no período situado entre a nona sessão e a décima sessão. É importante dedicarmos atenção ao fato de o desmame ter coincidido com o período em que os pais desse bebê discutiam a possibilidade da separação, que se efetivou com a saída do pai de casa, quando Lara tinha seis meses de idade, ou seja, entre a décima e a décima primeira sessões. Apesar de a separação só ter se efetivado de fato mais tarde, quando a mãe a reconheceu como definitiva, não podemos perder de vista os efeitos desse acontecimento sobre a inter-relação dessa díade.

Assim, podemos entender o fato do desmame ter ocorrido justamente nesse período, como uma necessidade materna de afastar-se do bebê para protegê-lo da sua raiva e frustração diante da perda recente, assim como sendo resultado da necessidade de maior autonomia dessa mulher para cuidar da ferida no seu narcisismo.

Dessa forma, não apenas o desmame de Lara, mas também a própria separação dos seus pais podem ter exercido efeitos mais agudos de separação da simbiose normalmente existente no início da relação mãe-bebê e que costuma se desfazer paulatinamente, através do ajustamento da díade às normas sociais que impõem a necessidade de que cada indivíduo se ocupe de outros interesses, rompendo, dessa forma, com a célula narcísica que os acolhe no mundo. Ou seja, estamos falando da constituição da *função paterna*.

Nessa díade, a categoria *função paterna* teve seus primeiros sinais registrados a partir da sétima sessão, na qual o bebê apresentou-se interessado pelo seu entorno durante o aleitamento e olhava com curiosidade ao que interessava à mãe: a filmadora, a pesquisadora; ao seu turno, a mãe alternava momentos de dedicação à criança com outros interesses – conversava com a pesquisadora, ouvia música e oferecia brinquedos para o bebê olhar. A partir da oitava sessão a ginástica da mãe surgiu como uma atividade que tinha efeitos de função paterna, e ela continuou oferecendo brinquedos para a criança. Nas duas últimas sessões o trabalho da mãe passou também a exercer essa função.

Caso V: Niciana e Carlos

Família de classe média-baixa, residente em bairro popular, em prédio com elevador e garagem privativa, em apartamento próprio, de dois quartos - sendo um do bebê e o outro dos pais - uma sala, uma banheiro, uma cozinha e uma pequena varanda.

Os pais desse bebê eram casados e moravam juntos, apenas os três. Uma empregada doméstica foi contratada do quinto para o sexto mês de idade do bebê, no período compreendido entre a nona e a décima primeira sessão. Durante o primeiro mês de vida do bebê, Niciana contou com uma rede social de apoio formada por algumas irmãs e sobrinhas que se revezavam em dormir na sua casa, assumindo os serviços domésticos, como limpar e cozinhar, enquanto os cuidados ao bebê ficavam ao encargo da própria Niciana, mas com o apoio desses parentes.

O pai tinha 35 anos no início das observações e trabalhava como professor de matemática, tendo terceiro grau completo com pós-graduação. A mãe tinha 28 anos no início das observações, era estudante universitária – curso noturno - e trabalhava como digitadora, até sair de licença maternidade, quando, no término da sua licença, optou por deixar o trabalho para se dedicar ao filho. O bebê era um menino, o primeiro filho do casal – ambos não tinham filhos de outros relacionamentos. Nasceu a termo, com 39 semanas gestacionais, pesando 3.500 gramas, tendo alta hospitalar no segundo dia após o nascimento, com o mesmo peso. Ele foi desmamado do peito com um mês e meio de idade e passou a se alimentar de semi-sólidos a partir do quarto mês de idade.

Nessa díade, a análise quantitativa da dimensão *Comportamentos Maternos* demonstrou que o *Contato envolvido* foi o comportamento de maior frequência, com exceção da terceira sessão, na qual o *Contato de rotina* teve a frequência mais elevada (17 para 15).

Já o comportamento menos freqüente entre essa díade foi, como nos casos anteriores, o *Contato ocular*, presente da terceira sessão a décima primeira sessão, estando ausente na décima (Fig. 9).

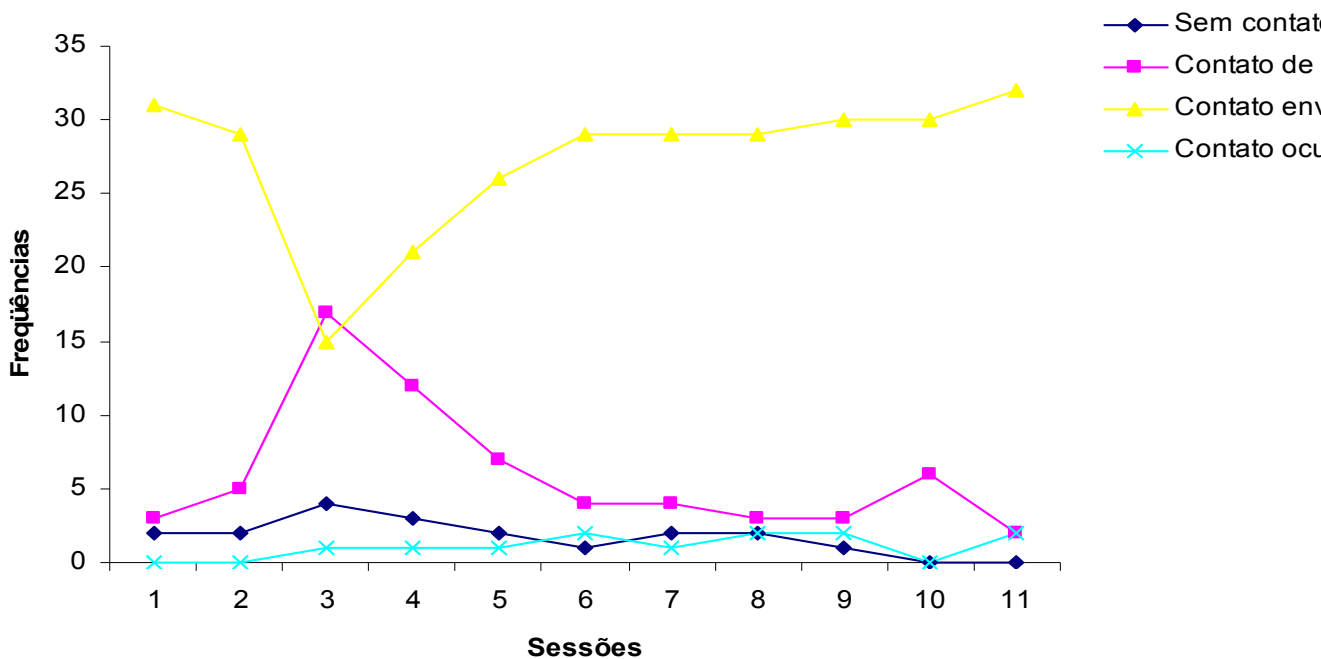


Figura 9 – Frequências das categorias de Comportamentos Maternos na diáde Nician e Carlos.

Nesse caso, além da presença de Contato, *envolvido* ou *de rotina*, ter sido mais freqüente que sua ausência, foi notável a baixa freqüência da categoria *Sem contato*, cuja maior freqüência foi de 4, na terceira sessão (Fig. 9).

Entre a segunda sessão e a sexta sessão, foi observada uma relação direta entre as categorias *Sem contato* e *Contato de rotina*, na medida em que quando uma aumentava ou diminuía sua freqüência, a outra seguia na mesma direção. É o que vemos, por exemplo, na quinta sessão, na qual a categoria *Sem contato* aumentou de 2 para 3 e a categoria *Contato de rotina*, de 12 para 17 (Fig. 9).

Por outro lado, verificou-se uma relação inversa entre os comportamentos *Contato de rotina* e *Contato envolvido*, já que, na maioria das sessões, as variações das suas freqüências seguiam em direções opostas, como na terceira sessão, onde, enquanto a freqüência do primeiro aumentou de 5 para 17, a do segundo caiu de 29 para 15 (Fig. 9).

De maneira geral, ao longo do período de observação não houve alterações visíveis nas categorias *Sem contato* e *Contato ocular*. Porém foi observada uma alteração significativa nas categorias *Contato envolvido* e *Contato de rotina*, já a partir da terceira sessão, com a mudança no sentido das duas categorias. O contato envolvido passou a aumentar sua freqüência até a última sessão, enquanto o Contato de rotina passou a diminuir sua freqüência até o final das

observações. Essa mudança parece indicar um maior desembaraço da mãe no desempenho de suas tarefas, com o desenvolvimento de uma relação mais prazerosa e relaxada.

Quanto à dimensão *Estados do Bebê*, a análise revelou o estado *Alerta sem vocalização* como o mais freqüente, sendo que na sétima sessão o estado de *Choro* apresentou uma freqüência mais elevada que a do *Alerta sem vocalização*, de 31 para 5. Já o estado de *Sono* apareceu como o menos freqüente, se fazendo presente apenas na segunda sessão e em episódio único (Fig. 10).

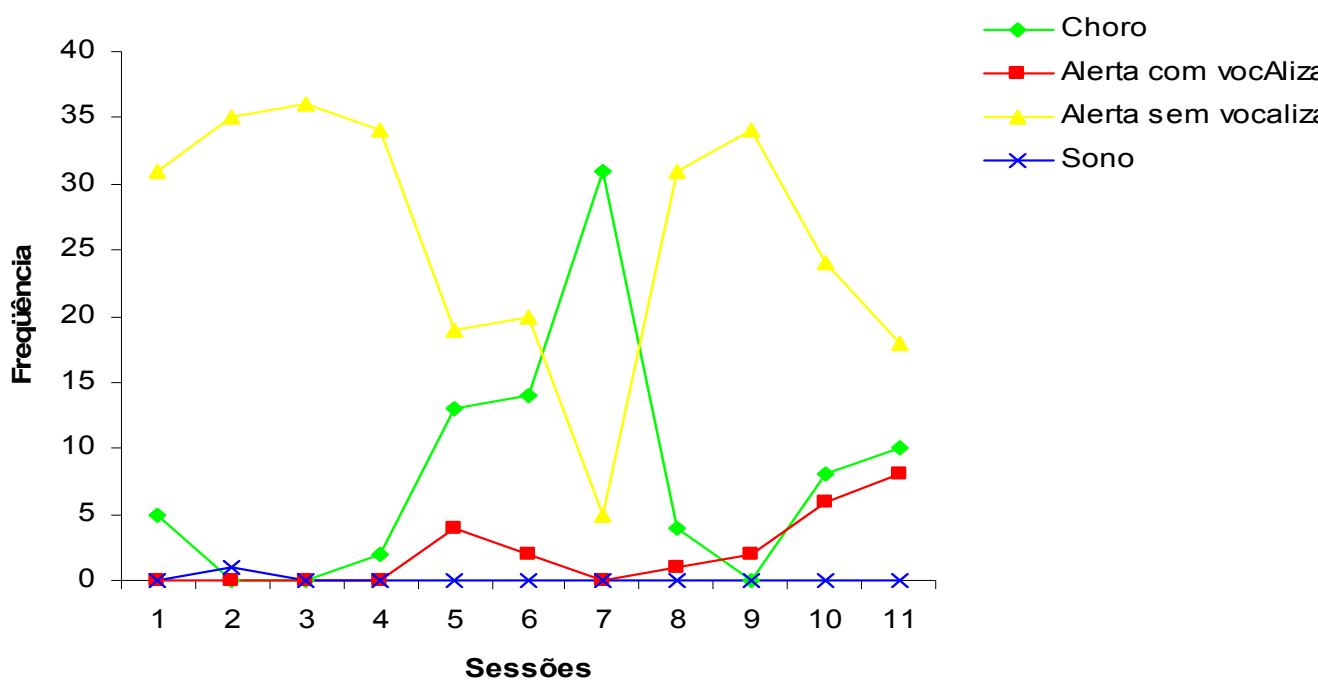


Figura 10 – Freqüências das categorias de Estados do bebê na diáde Niciana-Carlos.

De uma maneira geral, as freqüências dos estados *Alerta sem vocalização* e *Choro* mostraram-se inversamente proporcionais, com suas variações tendendo em direções opostas, como, por exemplo, na quinta sessão, momento em que, enquanto o *Choro* aumentou de 2 para 13, o *Alerta sem vocalização* decaiu de 34 para 19. Essa relação invertida excetuou-se apenas nos intervalos entre as segunda e terceira sessões, no qual o *Choro* manteve sua freqüência nula e entre as quinta e sexta sessões, onde a relação foi diretamente proporcional, ou seja, houve um ligeiro aumento nas freqüências dos dois estados, de 13 para 14, para o *Choro* e de 19 para 20 para o *Alerta sem vocalização* (Fig. 10).

Observou-se, ainda, que o estado de *Choro* apresentou, em quase todas as sessões, menos na segunda, terceira e nona sessões, as freqüências mais elevadas que o estado *Alerta com*

vocalização, como é o caso, por exemplo, da sétima sessão, onde essa diferença foi de 31 para 0 (Fig. 10).

De modo geral, não houve mudanças visíveis na categoria *Sono* ao longo do período de observação. Já a categoria *Alerta com vocalização* variou ligeiramente em sentido crescente a partir da oitava sessão. No que diz respeito à categoria *Choro*, houve uma variação no sentido crescente até a sétima sessão para, a partir de então, passar a variar no sentido decrescente até a nona sessão, voltando a aumentar de frequência a partir daí. Ao contrário, o estado *Alerta sem vocalização*, decresceu de frequência até a sétima sessão para daí aumentar sua frequência até a nona sessão e retomar, então, a variação em sentido decrescente.

O fato de, por um lado, o comportamento materno de maior frequência ter sido o *Contato envolvido* e a categoria *Sem contato* ter tido uma baixa frequência e ter havido registro de episódios de *Contato ocular* em quase todas as sessões, e, por outro lado, o bebê ter se apresentado como uma criança ativa, com o estado de *Sono* registrado apenas em um único episódio, tendo como estado de maior frequência o *Alerta sem vocalização*, seguido do *Choro*, sugere uma díade particularmente bem entrosada, com o bebê amadurecendo rapidamente, e que esta mãe sentiu-se segura quanto ao saber cuidar do seu filho, podendo estimulá-lo apropriadamente e sendo reforçada a fazê-lo pelas respostas que este bebê ativo lhe dava.

Isto é corroborado pela análise qualitativa dos dados que demonstrou que, quanto ao *Saber Materno*, desde a primeira sessão, quando o bebê tinha dez dias em casa, apesar de contar com o apoio logístico de parentes, a mãe dessa díade cuidava sozinha dele, inclusive do banho, com aparente destreza e segurança, mostrando eficiência em acalmar o filho e, mais tarde, já na sexta sessão, quando o bebê tinha dois meses em casa, mesmo quando não conseguia acalmá-lo, mantinha-se tranqüila, apoiada no seu saber sobre ele (“É fome, depois que comer passa”).

Os cuidados oferecidos ao bebê foram, desde o início, envolvidos, assim como, desde as primeiras sessões, essa mãe supunha um sujeito no seu bebê e identificava demandas oriundas dele. Por exemplo, na segunda sessão, com 17 dias em casa, ela lhe interrogou “O que você quer?”, e afirmou, falando pelo bebê “Eu gosto de banho”! Assim como, quando o bebê chorava ou gritava, a mãe sabia o que ele queria, como, por exemplo, na quinta sessão, na qual o bebê tinha um mês e meio, esta lhe disse “Mamãe sabe que é fome”, além de que falava com a criança num estilo particularmente dirigido a ela - mamanhês. Na sexta sessão, além de falar com o bebê em mamanhês, a mãe falava por ele, emprestando-lhe a sua voz, propondo, desta maneira, uma subjetividade e demandas oriundas dele.

Desde a segunda sessão essa mãe se reconhecia no seu bebê (“Essa boquinha da mãe!”), reconhecendo-o como seu produto, e buscava este reconhecimento no seu entorno (“Olhe que lindo que eu sou!” – segunda sessão; “Olha que menino dengoso” – quinta sessão). Neste reconhecimento do bebê, a mãe reconhecia nele atributos e uma personalidade característica de atividade e potência: “É uma onça”, disse na quinta sessão, com visível orgulho; “É o leãozinho da mamãe”, garantiu, na sexta sessão.

Na sétima sessão, quando Carlos tinha dois meses e meio, os jogos e brincadeiras entre a díade estavam bastante intensificados; o bebê encontrava-se especialmente ativo durante o banho, batendo os pés na água, tentando pegar o shampoo e puxando a roupa da mãe.

Na oitava sessão, na qual ele tinha três meses, o estabelecimento de demanda foi observado no fato da criança reagir (sorrir ou vocalizar) quando a mãe ou outra pessoa se dirigia a ela. Já na nona sessão, quando Carlos tinha quatro meses, o estabelecimento de demanda foi constatado através do fato de ele aceitar alimentação semi-sólida e variada.

Na última sessão, o bebê com seis meses de idade, o estabelecimento de demanda estava garantido: ele demonstrava gostar ou não de alguma coisa (“Quando ele não quer uma coisa ele se entesa assim”); ele utilizava sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades (“Quando faz assim é porque quer mamar; Quando olha para a cozinha, quer água”); a mãe dava suporte às iniciativas do bebê sem poupar-lhe esforços, por exemplo, quando ele quis pegar o shampoo, ela aproximou o shampoo dele, mas deixou que ele se esforçasse para pegá-lo.

Desde cedo, essa díade funcionava, no que se referia à *Comunicação*, a partir do padrão presença-ausência materna: o bebê chorava quando a mãe se ausentava e se acalmava quando a mãe retornava. Também nos chama a atenção o fato de, já na segunda sessão e na terceira sessão, quando o bebê tinha 24 dias em casa, ter havido troca de olhares entre a criança e sua mãe (foi justamente a partir da terceira sessão que o comportamento materno *Contato envolvido* passou a elevar sua frequência e o comportamento *Contato de rotina* passou a decair de frequência, até a última sessão).

O estabelecimento de diálogo entre os dois foi observado a partir da terceira sessão: a mãe propunha algo à criança e aguardava sua reação; havia diálogo entre os dois, por exemplo, o bebê choramingava, a mãe respondia “Peraí”; o bebê fazia pausa na sucção quando a mãe falava; o bebê chorava na ausência da mãe e parava de chorar na sua presença (quarta e sexta sessões); a mãe propunha algo ao bebê e aguardava a sua reação e a mãe falava com ele dirigindo-lhe pequenas frases (quinta, oitava e décima primeira sessões); a mãe reconhecia os ritmos fisiológicos do bebê (“Come, dorme ...”, quinta sessão); na sétima sessão havia brincadeiras entre os dois e a mãe fazia um som com a boca particularmente dirigido ao bebê; na oitava sessão Carlos já diferenciava o dia da noite; na sexta, na oitava e na décima primeira sessões o bebê se dirigia a mãe e fazia um intervalo para aguardar sua resposta e, a partir da sexta sessão, o bebê procurava ativamente o olhar da mãe.

Quanto ao *Padrão de Aleitamento*, nas quatro primeiras sessões esta díade manteve o mesmo padrão, que consistia em olhar, tocar e falar com o bebê durante o aleitamento. Este padrão foi alterado a partir da quinta sessão, com a passagem para a mamadeira. Nessa sessão a mãe falou pouco, não tocou e olhou pouco para o seu bebê. Na sessão seguinte, ela se manteve silenciosa,

mas olhou para seu bebê. Já na sétima sessão foi o bebê que alterou o padrão, olhando para a luz da filmadora, insistentemente, recusando-se a mamar. A partir da nona sessão, o bebê já se encontrava iniciado na alimentação semi-sólida (“papinha”), e as refeições não foram mais filmadas, devido às mudanças dos horários.

O bebê dessa díade mamou exclusivamente no seio materno apenas até a quinta sessão, quando tinha um mês e meio de idade. Podemos, então, entender o desmame do seio ter ocorrido especialmente cedo nessa díade, recorrendo ao perfil dessa mulher, que, mesmo sendo muito dedicada ao filho, desde as primeiras sessões demonstrou vivo interesse pelos acontecimentos ao seu redor, através da atenção a programas de rádio e de televisão, como também dedicação aos seus estudos e a sua relação conjugal, que parecia não ter sido deserotizada com a chegada do bebê. Desta forma, o desmame precoce pode refletir a presença precoce de autonomia materna com relação ao seu bebê, ou seja, a instauração da função paterna.

A passagem de Carlos para a alimentação semi-sólida se deu quando tinha quatro meses de idade, no período entre a oitava e a nona sessões, momento em que terminou a Licença Maternidade de Niciania e esta decidiu não retornar ao trabalho para dedicar-se ao filho. É curioso que seria justamente esse o momento em que ela teria, forçosamente, - mesmo que não coincidissem com a idade habitual, recomendada pelos pediatras para a introdução de outros alimentos, além do leite, na dieta dos bebês – que introduzir essa modificação na alimentação do seu filho, se tivesse retornado ao trabalho. Assim, essa passagem para a alimentação semi-sólida pôde, nesse caso, servir especialmente como símbolo da conquista de autonomia entre a mãe e o bebê, representando a função paterna que seria exercida pelo trabalho da mãe.

Se, por um lado, o não retorno ao trabalho poderia, em outros casos, significar uma dificuldade em fazer o corte necessário da simbiose mãe-bebê, neste caso ele pode ser entendido como a opção em dedicar-se à maternidade e aos estudos, escolha essa respaldada na estrutura familiar dessa mulher, especialmente na sua relação conjugal, já que a *função paterna* nessa díade demonstrou estar seguramente instaurada desde as primeiríssimas sessões de observação.

Assim, desde a primeira sessão, os cuidados oferecidos ao bebê foram realizados sob o fundo musical de rádio FM, inclusive em volume um pouco elevado. Isto demonstrou que esta mãe conseguia, desde as primeiras sessões, dividir seu interesse pelo bebê com outros interesses, como programas de rádio e televisão (na segunda sessão ouvia rádio e conversava com a sobrinha durante o aleitamento; nas terceira e quarta sessões amamentou assistindo TV).

Observamos, do lado do bebê, alguns sinais da presença de função paterna a partir da sétima sessão, quando ele passou a demonstrar outros interesses além da mãe, como, por exemplo, a luz da filmadora, para a qual olhava com elevada frequência ou a pesquisadora, para quem olhava quando a mãe se dirigia a ela.

Também os estudos da mãe exerceram função paterna, na medida em que esta deixava o bebê com o pai ou na casa da sua própria mãe, nos horários em que o pai não podia ficar com ele, para frequentar o curso noturno da universidade.

Vale ressaltar que a presença do pai durante as sessões de observação só ocorreu uma única vez, na quarta sessão, quando o bebê tinha um mês e três dias de vida, entretanto, ele não participou da filmagem, tendo se mantido ocupado, em outro cômodo do apartamento, consertando um ponto de luz. Nas poucas vezes em que passou pela sala, lugar onde era dado o banho ao bebê, o fez discretamente, talvez, discriminando os papéis sociais dos genitores.

Caso VI: Júlia e Vitória

Família de classe média, moradora de bairro residencial considerado *nobre*, em prédio com elevador e garagem privativa. O casal era casado e morava com a avó materna do bebê. O apartamento tinha três quartos, um para a avó, outro para o casal e o bebê, e o terceiro usado como escritório pelo casal - uma sala, dois banheiros e uma cozinha. A família contava com a ajuda de uma empregada doméstica, antiga na família, mas que não dormia no apartamento.

O pai tinha 34 anos no início das observações, possuía o terceiro grau incompleto e trabalhava como editor/montador de vídeo e cinema. A mãe tinha 32 anos no início das observações, terceiro grau completo e trabalhava como jornalista e cineasta. Este foi o primeiro filho do casal - ambos não têm filhos de outro relacionamento - e a primeira gestação dessa mulher.

O bebê era um menino, nascido a termo, com 39 semanas gestacionais e pesando 3.270 gramas, em hospital de referência da cidade de Salvador, tendo tido alta hospitalar no segundo dia após o nascimento, pesando 3.005 gramas.

Quando a mãe retornou ao trabalho, cuja jornada era de 40 horas semanais, o bebê tinha quatro meses de idade. Aos oito meses, o bebê ainda mamava no peito, tendo passado à alimentação semi-sólida aos seis meses de idade.

Foi observado, a partir da análise quantitativa da dimensão *Comportamentos Maternos*, que o comportamento mais frequente, nesse caso, foi o *Contato envolvido*. Porém, nas três primeiras sessões (com dez dias em casa, com 17 dias em casa e com 31 dias em casa), o *Contato de rotina* apresentou frequências mais elevadas que os demais comportamentos, inclusive que o *Contato envolvido* (30, 29 e 22 para 4, 7 e 12) (Fig 11).

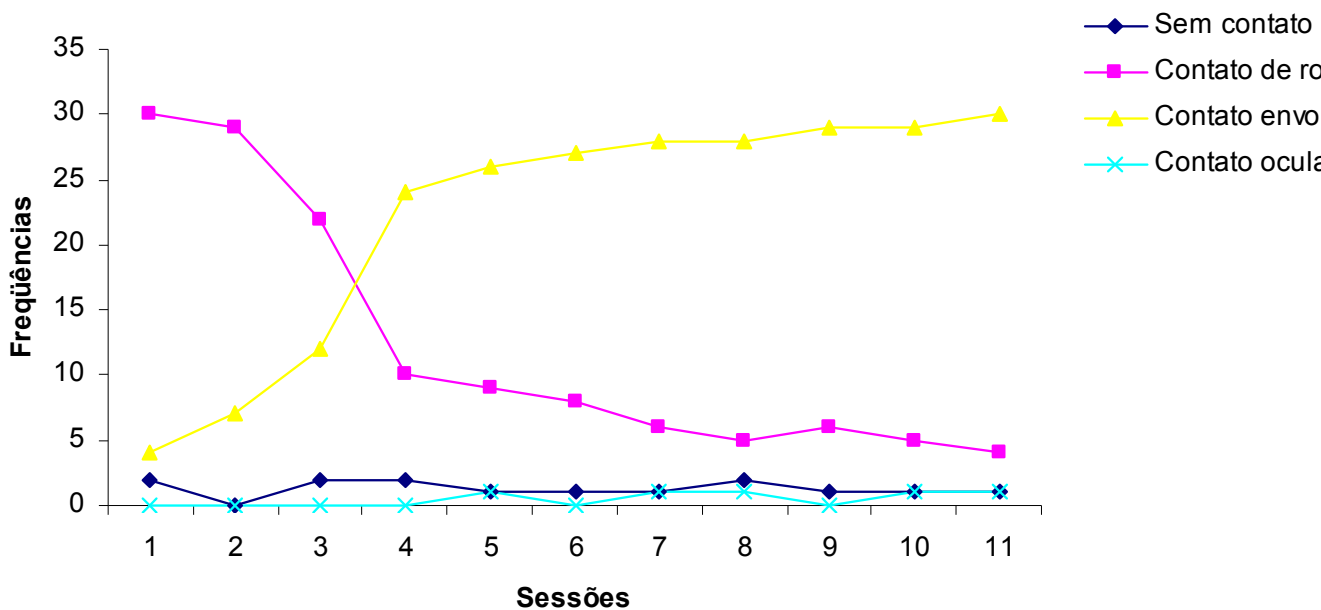


Figura 11 – Frequências das categorias de Comportamentos Maternos na diáde Júlia – Vitório.

Já o comportamento mais raro foi o *Contato ocular*, cuja frequência se manteve em um episódio para cada uma das seguintes sessões: quinta (com um mês e meio em casa), sétima (com dois meses e meio em casa), oitava (com três meses em casa), décima (com cinco meses em casa) e décima primeira (com seis meses em casa). A categoria *Sem contato* veio logo em seguida, estando presente em dez sessões, entretanto, mantendo sua frequência máxima em 2, na primeira sessão (com dez dias em casa), na terceira sessão (com vinte e quatro dias em casa), quarta sessão (trinta e um dias em casa), e na oitava sessão (três meses em casa) e apresentando as mesmas frequências que o *Contato ocular* na segunda sessão (com 17 dias em casa), na sétima sessão, na décima e na décima primeira sessão (respectivamente, 0, 1, 1 e 1) (Fig. 11).

Na maioria das sessões houve uma relação inversa entre os comportamentos *Contato de rotina* e *Contato envolvido*, na medida em que suas frequências seguiam direções opostas, como, por exemplo, na quarta sessão, na qual, enquanto o *Contato de rotina* teve sua frequência diminuída de 22 para 10, o *Contato envolvido* teve sua frequência aumentada de 7 para 12.

Essa relação não foi mantida apenas no intervalo entre as oitava e décima sessões, onde observamos que, na oitava sessão, o *Contato envolvido* se manteve constante (28); na nona sessão, quando o bebê tinha quatro meses em casa, ambos os tipos de contato tiveram um ligeiro aumento de frequência, de 5 para 6 para o *Contato de rotina* e de 28 para 29 para o *Contato envolvido* e, por fim, na décima sessão, na qual o *Contato envolvido* se manteve constante (29). Notou-se, na última sessão, que esses comportamentos seguiram sua tendência antagônica,

sendo que a frequência do *Contato envolvido* seguiu em direção ao crescimento, de 29 para 30, e a do *Contato de rotina* seguiu no sentido decrescente, de 5 para 4 (Fig. 11).

Ao longo do período de observação, verificou-se, de modo geral, que não houve mudança visível nas categorias *Sem contato* e *Contato ocular*. Entretanto, quanto às categorias *Contato envolvido* e *Contato de rotina* foi verificado que os dois comportamentos mostraram uma nítida mudança de padrão, aumentando o primeiro e diminuindo o segundo, sugerindo o desenvolvimento de uma relação progressivamente prazerosa e íntima.

Já a análise da dimensão *Estados do Bebê* revelou como estado mais freqüente o *Alerta sem vocalização*, que teve sua freqüência superada apenas em três ocasiões, na segunda, nona e décima sessões, pelo estado de *Choro* (24 para 11; 27 para 16; 12 para 8, respectivamente) (Fig. 12).

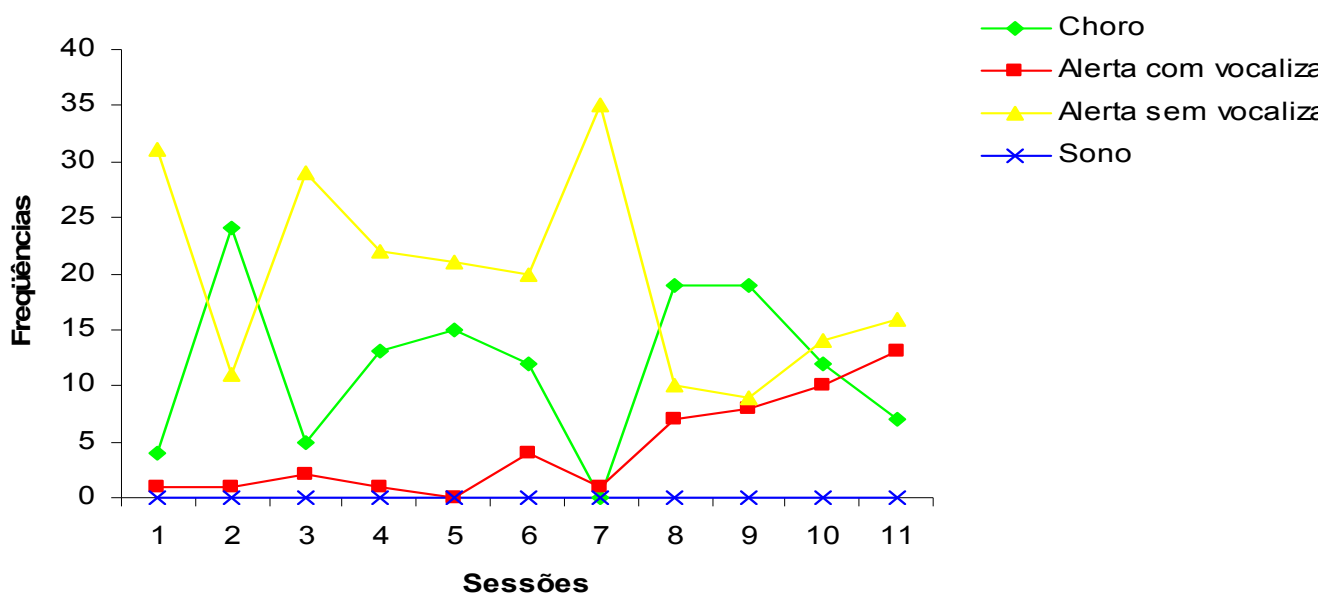


Figura 12 – Frequências das categorias de Estados do bebê na díade Júlia-Vitório.

Os estados menos freqüentes foram o *Sono* e o *Alerta com vocalização*. O estado de *Sono* apresentou frequência nula e o estado de *Alerta com vocalização* esteve presente em quase todas as sessões, porém em poucos episódios, apresentando na última sessão, 13 como a frequência mais elevada, tendo superado a frequência do estado de *Choro* apenas na sétima sessão, de 1 para 0 (Fig. 12).

A relação apresentada entre os estados de *Choro* e de *Alerta sem vocalização* foi de proporção inversa, já que suas frequências, como seria de se esperar, variaram em sentidos opostos, como,

por exemplo, na segunda sessão, na qual, enquanto o *Choro* aumentou de 4 para 24, o *Alerta sem vocalização* diminuiu de 31 para 11 (Fig. 12).

Assim, de modo geral, ao longo do período de observação, não houve variação visível na categoria *Sono*, tendo havido uma discreta variação na categoria *Alerta com vocalização* no sentido do aumento da sua frequência, especialmente a partir da sétima sessão. No que diz respeito às categorias *Alerta sem vocalização* e *Choro*, houve uma pequena variação no sentido decrescente para o primeiro estado e no sentido crescente para o segundo.

Temos, portanto, nesta diáde, um bebê ativo, mesmo que, em termos de vocalizações, apresente uma frequência inferior às frequências dos demais bebês, porém, no que concerne ao estado de *Choro*, teve as frequências mais elevadas dentre o grupo dos seis bebês estudados e, além disso, não apresentou nenhum episódio de sono durante as filmagens.

Ao encontro deste bebê, esteve uma mãe bastante atenta e disponível que, apesar de ter apresentado as frequências da categoria *Sem contato* extraordinariamente elevada com relação às frequências do grupo, apresentou, por outro lado, elevadas frequências do comportamento *Contato envolvido* e baixas frequências do comportamento *Contato de rotina*.

O fato de, nas três primeiras sessões, o comportamento materno *Contato de rotina* superar em frequência o *Contato envolvido*, apesar de este último ser o comportamento materno de maior frequência dessa diáde, é justificado através da análise qualitativa dos dados, pela observação de que, nessas três primeiras sessões, (na primeira o bebê tinha 10 dias em casa; na segunda sessão tinha 17 dias em casa e na terceira, tinha 24 dias em casa) a função materna ainda não estava assegurada: a mãe não se autorizava um saber sobre o filho, apresentando-se como auxiliar da avó (sua própria mãe) ou do pai do bebê durante o banho, a troca de roupa e demais cuidados com o filho.

Na primeira sessão a mãe apresentava-se pouco segura quanto ao estabelecimento de demandas por parte do bebê – não sabia ainda supor o que ele queria dela (“Seriam gases, cocô; O que é, filho?”), porém já lhe dirigia uma questão, supondo um sujeito no seu bebê.

Nessa sessão a avó propôs à mãe que desse o banho para que pudesse ser filmado pela pesquisadora e a mãe preferiu adiar a tarefa para a próxima sessão de filmagem. Foi a avó quem coordenou todos os cuidados ao bebê e executou a maioria deles, inclusive era quem segurava o bebê durante o banho, a mãe limitava-se a ajudá-la e, quando executava uma tarefa, o fazia sempre sob o olhar atento da avó e seguindo suas orientações. Ainda nesta sessão, a mãe endereçava, com frequência, à avó perguntas sobre como cuidar do bebê, localizando na outra mulher, e não nela, o saber cuidar do filho. A avó reconhecia nela própria o saber sobre o bebê, na medida em que enumerava para a mãe as coisas de que o bebê gostava ou não gostava.

Porém, já na primeira sessão, após o banho, durante a troca da fralda, a mãe esboçou um saber sobre o filho, ao acrescentar à observação da avó de que a fralda estaria apertada, o reconhecimento do ganho de peso do bebê.

Na segunda sessão, o banho foi dado pelo pai, mas a mãe encontrava-se mais participativa no auxílio a este, não esperando que viessem dele as orientações sobre o cuidado ao bebê, já podendo antecipar a seqüência dos cuidados. Ela passou a uma posição de coordenadora do banho, anunciando ao pai o que deveria vir a seguir e quais as posições que o bebê mais gostava, construindo o saber materno. Observamos, ainda na segunda sessão, que o saber materno começou a se esboçar através da construção de um saber intermediário, que chamamos de *saber técnico* sobre o bebê: disse para o bebê parar de chorar para não ficar com gases; falou do aumento de peso do bebê; das idas ao pediatra e das novas orientações médicas que envolviam mudanças na rotina dele e perguntou à pesquisadora sobre cólicas; contou que diante do cheiro do bebê, seu leite descia mais rápido e revelou que ansiava para que o bebê deixasse de ser recém-nascido para que corresse menos perigos e já pudesse ser mais exposto.

A *função materna* continuou a se estabelecer na terceira sessão, quando, apesar de ser o pai quem dava o banho e segurava o bebê, a mãe se afirmava na posição de coordenadora do banho, quem dizia o que fazer e quando fazer com o bebê, mas ainda precisava da *função de holding* (apoio) do pai. O saber sobre o bebê parecia mais garantido pelo pai que sabia do que ele gostava e quando sentia frio. A mãe continuava fazendo a passagem para o estabelecimento do saber materno, mantendo-se ainda na posição intermediária da garantia de um saber técnico: ela se detinha mais nos contatos de rotina (cuidado com o umbigo, por exemplo), enquanto os contatos envolvidos eram realizados mais freqüentemente pelo pai.

Quanto ao saber nutrir o bebê, a mãe demonstrou insegurança na primeira sessão e muita ansiedade em relação ao tema, dirigindo à pesquisadora muitas questões e considerações a respeito do aleitamento: falou da dor que sentia ao amamentar, do medo de ter o seio seriamente machucado, como teve a sua sogra, e do medo de o bebê engasgar. Sentia-se insegura também quanto a propor possíveis posições para o aleitamento que oferecessem conforto para ela e o bebê. A avó sugeriu nova posição e ela acatou a sugestão. Enquanto o saber materno não era estabelecido, a mãe dirigia-se pouco ao bebê e o acariciava poucas vezes, estando este comportamento mais acentuado na primeira sessão.

Foi na quarta sessão que o saber materno apresentou-se mais garantido pela mãe e ela passou a localizar nela própria e não mais na avó o saber sobre o seu filho, por exemplo, ela discordou da avó com relação à fralda estar apertando a perna do bebê e se autorizou a dar o banho do bebê, sozinha, pela primeira vez, apenas contando com a ajuda da avó em duas ocasiões. Quanto a

isto, os dados quantitativos revelaram que foi a partir da quarta sessão que houve um decréscimo dos cuidados de rotina e um concomitante aumento dos cuidados envolvidos.

A própria avó permitia à mãe aceder ao lugar de suposto saber sobre o filho, já que abria espaço para ela: nessa sessão, por exemplo, a avó veio olhar rapidamente o banho, mas já não permaneceu, comentou como ele já era um rapazinho, lembrou à mãe do enxágüe, ajudando-a nessa hora e a vestir o bebê (sempre falando com o bebê e nomeando partes do seu corpo).

A partir da quarta sessão, com o asseguramento do saber materno, a mãe passou, cada vez mais, a fazer suposição de sujeito com relação ao bebê (mostrou a água ao bebê, falou que era fria, disse para ele: “Gostoso”; interrogou o bebê, como se ele pudesse responder: “O que ele quer?”; dirigiu-se ao filho reconhecendo o que ele não gostava: “Não gosta de pentear o cabelo”), avisando sempre ao bebê o que iria fazer com ele, dirigindo-se com frequência a ele e buscando contato face-a-face durante os cuidados, o que teve como consequência a substituição dos cuidados de rotina pelos cuidados envolvidos. A função materna foi demonstrada, ainda, pela eficiência da mãe em acalmar o seu bebê, carregando-o e falando com ele em mamanhês, e acrescentando um som feito por ela especialmente dirigido ao bebê. Observamos, no entanto, que se dirigia ao bebê colocando-o na terceira pessoa do singular, ainda não falando por ele, indicando, dessa forma, que a identificação ao bebê ainda não estava totalmente efetivada.

A eficiência materna em acalmar o bebê sugere que já havia estabelecimento de demanda, ou seja, a mãe interpretava os comportamentos do bebê como pedidos dirigidos a ela. Assim, por exemplo, na quarta sessão, o pai veio saber o porquê do choro do filho, e o interrogou a respeito, ao que a mãe respondeu que era fome; em outro momento, a mãe disse que ele tinha sono e, na sétima sessão, o choro foi entendido como uma demanda do bebê: “Ele quer mamar”.

A demanda se estabelecia na medida em que o saber materno se concretizava e, desta maneira, a segurança com que a mãe passou a interpretar o comportamento do filho influenciou, não apenas este comportamento, como novas aquisições por parte do bebê.

Assim, observamos, por um lado, o saber materno no reconhecimento da alteração do padrão de sono do bebê, na sexta sessão, quando o bebê tinha dois meses, e, por outro lado, o estabelecimento de demanda que se fez notar no fato do bebê passar a diferenciar o dia da noite, também na sexta sessão, e a adquirir alguma autonomia, como, por exemplo, a cena observada na nona sessão (três meses de idade) na qual o bebê se recusava a deitar.

Observamos, então, que a eficiência materna em acalmar o bebê, dando-lhe colo ou apenas falando com ele, teve como contraponto um bebê demandante da atenção materna. Isto esteve bastante claro na quinta sessão quando, a partir de então, além de chorar quando a mãe estava distante, o bebê passou a chorar durante os cuidados de rotina, o que provavelmente influenciou a resposta materna de transformá-los em cuidados envolvidos. Este aumento progressivo da

freqüência dos cuidados envolvidos se fez visto na décima sessão, onde os cuidados envolvidos foram freqüentemente acompanhados, não apenas da fala, como também do olhar.

O saber materno parece indissociável do reconhecimento do bebê como um produto materno, já que o reconhecimento de si própria como capaz de gerar e manter a vida do seu rebento é concomitante ao reconhecimento do bebê como um produto seu, o que, por sua vez, é indissociável da possibilidade de reconhecer-se no seu bebê – este processo é reflexivo.

Observamos a construção desse reconhecimento a partir da segunda sessão, quando a mãe afirmou que gostaria de desfilarmos com o bebê no play-ground, para exibi-lo. E quando falou da paixão dos seus pais pelo bebê, parecia fazer o reconhecimento do seu produto através desse reconhecimento dos pais e da alegria que ela própria manifestou ao constatar esse reconhecimento deles.

Esta mãe passou a fazer esse reconhecimento, ainda, não através de identificações da imagem do bebê com imagens familiares, mas através do reconhecimento dos produtos do bebê como genuínos dele e conseqüentemente, como um dom que, ela, a mãe, podia dele receber. Já na terceira sessão ela festeja a produção de fezes do bebê. Esse reconhecimento do bebê através dos seus produtos ficou mais recorrente a partir da sexta sessão, quando a mãe passou a reconhecer e valorizar os produtos do bebê, tais como a produção de cera (sexta sessão); a produção de seborréia (sétima sessão); também na sétima sessão observou o corpo do bebê, seu tônus (“Todo duro”), suas posições, suas aquisições (“Esse menino tá muito danado, se deixar ele se vira, parece que quer se levantar, ó como segura aqui, forte!”), suas marcas (“Brotoejas”), assim como na nona sessão, quando comentou com a empregada sobre a consistência do cocô e sua relação com o tipo de alimentação, além de comentar o tamanho do bebê.

O estabelecimento de demanda esteve presente, ainda, nas brincadeiras entre a díade e no comportamento do bebê de responder com riso às brincadeiras da mãe. A mãe, a partir da oitava sessão, na qual o bebê tinha três meses, apresentava-se especialmente lúdica. Nesta sessão, o riso entre os dois foi bastante freqüente; na nona sessão, na qual o bebê tinha quatro meses, a mãe riu do bebê brincando com água, falou com ele e ele respondeu brincando mais; na décima sessão, quando o bebê tinha cinco meses, ele respondeu com risos às brincadeiras da mãe e, na décima primeira sessão, quando o bebê tinha seis meses, a mãe falou com ele, rindo.

Na última sessão, o saber materno encontrava-se assegurado, havia estabelecimento de demanda e suposição de sujeito, que podemos verificar através dos seguintes indicadores: a mãe percebia alguns comportamentos da criança como um pedido dirigido a ela; durante os cuidados corporais, a criança buscava ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe, como, por exemplo, segurar seus cabelos, sua roupa e rir quando a mãe dizia que iria comer seu pezinho; a

criança demonstrava gostar ou não de alguma coisa; a criança aceitava alimentação semi-sólida e variada.

No que se refere mais especificamente à comunicação entre a díade, observamos, além do estabelecimento de demanda ou suposição de sujeito que, na primeira sessão, a mãe inicialmente dirigia-se ao bebê através da avó, endereçando a ela observações sobre o bebê. Aos poucos estas observações passaram a ser ditas para a avó em mamanhês, o que já indicava uma via de endereçamento ao bebê.

A própria avó falava muito em mamanhês com o bebê, dirigindo-se a ele com muita frequência, já reconhecendo o bebê como sujeito, quando, por exemplo, enumerava as coisas que o bebê mais gostava. Enumerava também as partes do corpo do bebê. A mãe ria daquilo que a avó falava ao bebê, mas ela própria dirigia-se pouco diretamente ao filho, e quando o fazia era de maneira tímida e em voz muito baixa.

A avó falava muito ao bebê sobre a filmagem e a presença da pesquisadora, colocando-se como intermediária das relações do bebê, ou seja, fazendo a suplência da função materna. O choro do bebê era tratado pela avó como significativo, o que indica a suposição por parte da avó de uma subjetividade no bebê. Esses choros eram imediatamente respondidos pela avó, ao que, na maioria das vezes, o bebê, ao seu turno, respondia parando de chorar. Este comportamento da avó podia servir de modelo para a mãe e, com isso, funcionar como facilitador para o estabelecimento da função materna, estando a avó agindo, dessa forma, como *holding* dessa função para a mãe, já que ela não se fixou nesse lugar de saber sobre o bebê, funcionando, assim, como facilitadora dessa passagem para a mãe.

A partir da segunda sessão, a mãe passou a se dirigir mais ao bebê e quando o fazia era em mamanhês. O bebê se acalmava quando a mãe falava com ele em mamanhês, respondendo com o término do choro e, por outro lado, não se acalmava quando os cuidados de rotina continuavam sem que lhe dirigissem a palavra, o que já apontava para o estabelecimento de demanda e demonstrava uma pressão no sentido da mudança dos cuidados de rotina para cuidados envolvidos. Porém, observamos na terceira sessão que, mesmo que ambos, pai e mãe, falassem com o bebê em mamanhês, o pai ainda se dirigia com mais frequência ao bebê que a mãe.

Desde a quarta sessão observamos a presença de sons emitidos pela mãe especialmente para o bebê e que chamamos de sons *idiosincráticos*: a mãe fazia um som com a boca para acalmar o bebê e este respondia com o fim do choro ou choramingo. Esses sons reaparecem na quinta, na sétima e na nona sessões onde a mãe brincava com sons que fazia com a boca e diante desses sons emitidos por ela, o bebê sorria, parava de chorar e ficava atento.

Este tipo de comunicação com sons particularmente dirigidos ao bebê também sugere o estabelecimento de demanda presente nos jogos lúdicos, nos quais há troca de turnos de interlocução, como também suposição de alguma intencionalidade por parte do bebê. Como pode, ainda, ser entendido como o início do que viria a se constituir como uma linguagem particular compartilhada pela mãe e pela criança. Essa linguagem particular à díade veio aparecer na décima primeira sessão, quando a mãe se referiu à mamadeira ou ao ato de mamar como “cacá” (“Quer cacá?”).

Como vimos, foi a partir da quarta sessão que os *Cuidados envolvidos* tornaram-se mais freqüentes. E observamos ainda que foi a partir da quinta sessão que os cuidados oferecidos ao bebê passaram a ser, quase sempre, acompanhados da fala materna (contatos envolvidos). Observamos também, na quinta sessão, que o bebê chorava menos quando a mãe falava com ele, e já se estabelecia o diálogo entre a díade: o bebê chorava, a mãe carregava e falava; o bebê choramingava, a mãe respondia; diante do balbúcio do bebê, a mãe o interrogou: “Hein?”

Este diálogo entre a díade era caracterizado pelo par presença-ausência da mãe e sua comunicação evoluiu, até a última sessão, com o claro estabelecimento do diálogo: por exemplo, na sexta sessão, a mãe alternava contato de rotina com contato envolvido, na medida do choro do bebê; na sétima sessão a mãe dirigia-se com freqüência interrogando o bebê; na oitava sessão havia pausas entre a fala da mãe e a resposta do bebê e vice-versa; na nona sessão o bebê balbuciava, a mãe respondia com sons *idiosincráticos*.

Observamos, particularmente uma cena na nona sessão onde houve imitação: o bebê espirrou, a mãe espirrou, imitando-o, o que caracterizou o estado de identificação da mãe com seu bebê, estado este facilitador da aquisição pelo bebê da linguagem. Neste estado, a mãe age emprestando, a princípio, sua própria voz ao bebê, como, por exemplo, na sexta sessão, quando falou pelo bebê: “Estou agoniado”. Nota-se nessa sessão uma evolução, no sentido da identificação mãe-bebê, com relação, por exemplo, a quarta sessão, na qual essa identificação não foi demonstrada e a mãe dirigia-se ao bebê colocando-o na terceira pessoa do singular.

No que diz respeito ao aleitamento, não observamos nessa díade um padrão claramente estabelecido. Na primeira sessão a avó, presente nos demais cuidados, deixou a díade sozinha durante o aleitamento. Na segunda sessão a mãe falou com a pesquisadora, mas não se dirigiu ao bebê, porém o acariciou. Na terceira sessão o aleitamento foi experimentado com tensão e dor e foi cronometrado (10 minutos); nessa sessão a mãe assustou-se com a possibilidade de o bebê se engasgar e, no final da sessão, a avó chegou para ver o aleitamento. Já na sexta sessão, o aleitamento foi acompanhado de carícias e falas maternas e a alimentação ainda se restringia ao leite materno. Na sessão seguinte, a mãe se manteve silenciosa e não tocou o bebê, mas amamentou olhando para ele. Nesta sessão ela planejou o desmame para adaptar-se melhor ao

trabalho. Na oitava sessão a mãe acariciava e olhava o bebê durante o aleitamento. Na sessão seguinte o bebê já havia feito a passagem para a alimentação semi-sólida, porém, nas três últimas sessões, a refeição não foi filmada.

O bebê dessa díade mamou exclusivamente no seio materno até a idade de cinco meses e meio e, a partir de então, passou ao aleitamento misto, seio e mamadeira, até a última sessão de observação, na qual não havia planos para desmamá-lo. Com seis meses de idade o bebê foi introduzido na alimentação pastosa.

Desde a primeira sessão, essa mãe parecia considerar a possibilidade de interromper o aleitamento no seio. Ela perguntava sobre o leite artificial e dizia que enjoava o cheiro do leite materno. Entendemos que o desmame do bebê pode também exercer a função paterna, na medida em que, a presença materna deixa de ser condição essencial para a efetiva alimentação do bebê.

Quanto à *função paterna*, desde a primeira sessão essa mãe demonstrou importante interesse por outro assunto além do bebê: seu trabalho. Falava do retorno ao trabalho, já fazendo planos nesse sentido para breve e, com isso, mostrando-se ansiosa para que o bebê adquirisse horários para o aleitamento e imaginando de que maneira poderia conciliar o bebê com o trabalho.

Desde a sexta sessão, a mãe anunciou que faria, naquela semana, uma viagem de um dia para outro estado. Ela demonstrava preocupação em separar-se do bebê, mas efetivou seus planos de viagem, o que indica a possibilidade de autonomia materna em relação ao seu bebê. Quanto aos efeitos da função paterna sobre o bebê, justamente nesta sessão, foi dito pela mãe que o bebê já diferenciava o dia da noite, o que demonstra não apenas o estabelecimento de demanda, como também da função paterna.

Podemos ainda entender os jogos entre a mãe e o bebê, apresentados na nona sessão, como fazendo função paterna, na medida em que o brincar, como símbolo, já exerce uma intermediação da relação mãe-bebê.

A função paterna se apresentou bem estabelecida na última sessão, na qual ficou evidente que a mãe alternava momentos de dedicação à criança com outros interesses, como seu trabalho, por exemplo, e, por sua vez, a criança olhava com curiosidade para o que interessava à mãe, por exemplo, a pesquisadora, a filmadora.

ANÁLISE COMPARATIVA DOS DOIS GRUPOS

Os dados das análises qualitativas e quantitativas de cada caso foram agrupados, segundo os tipos *a termo* e *pré-termo* dos bebês de cada díade. Foi realizada uma síntese desses dados, seguida de uma análise comparativa dos mesmos.

A análise comparativa dos dois grupos visou interrogar se haveria uma tendência de grupo. Ou seja, se poderíamos encontrar a presença de algumas particularidades nos Comportamentos maternos e nos Estados dos bebês em cada um dos dois grupos, relativas ao fato da prematuridade ou não dos bebês.

Obviamente, devido à limitação da amostra deste estudo, não poderíamos nos posicionar conclusivamente quanto a possíveis características de interação, específicas ao grupo composto por bebês nascidos prematuramente e ao grupo formado por bebês nascidos a termo.

Partindo para uma análise comparativa dos dados quantitativos dos dois grupos – díades compostas por bebês a termo e díades compostas por bebês prematuros – encontramos, no que se refere à dimensão *Comportamentos Maternos*, que o comportamento *Sem contato* foi, na maioria das vezes, mais freqüente entre os bebês prematuros que entre os bebês a termo, como pode ser visto na primeira sessão, na segunda sessão, na quarta sessão, na quinta sessão, na sexta sessão e na sétima sessão, só tendo sido menos freqüente entre os prematuros na terceira sessão, na oitava sessão, na nona sessão e na décima sessão, sendo que, na última sessão, a freqüência foi de 4 para os dois grupos (Fig. 13).

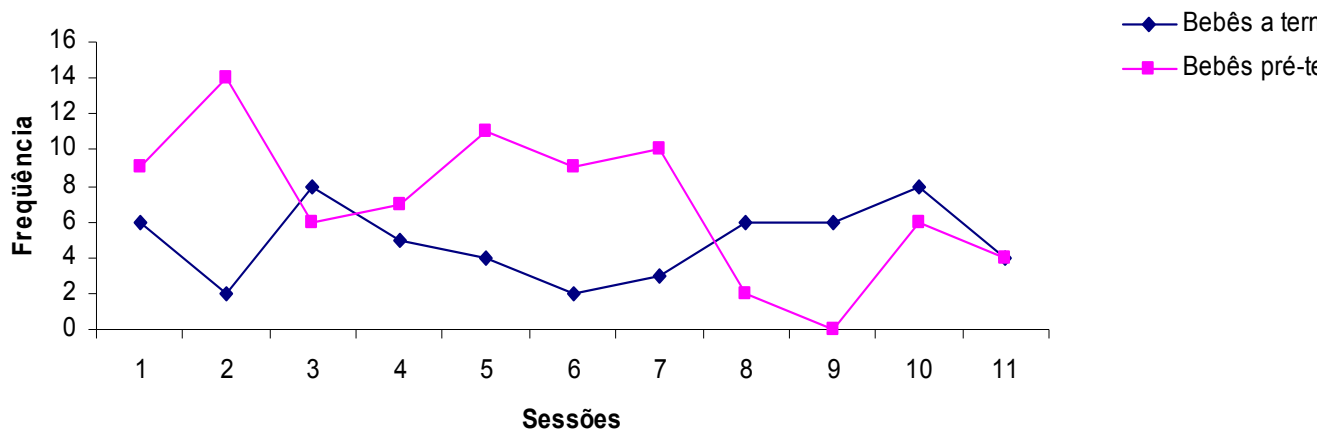


Figura 13 – Freqüência da categoria *Sem contato* por condição de nascimento.

Observamos, ainda, quanto à categoria *Sem contato* que, até a quinta sessão, os dois grupos tiveram relações proporcionalmente inversas entre as freqüências desse comportamento, já que, enquanto sua freqüência aumentava em um grupo, diminuía no outro, como, por exemplo, na

segunda sessão, onde a frequência desse comportamento cresceu no grupo de prematuros de 9 para 14, diminuindo no grupo de bebês a termo de 6 para 2. Já na última sessão, ambos os grupos apresentam um movimento decrescente da frequência desse comportamento (Fig. 13).

Ainda nessa dimensão, comparando os dois grupos quanto ao comportamento *Contato de rotina*, observamos a frequência desse comportamento mais elevada no grupo de bebês prematuros, com exceção da terceira sessão, na qual a frequência foi de 36 para prematuros e de 60 para bebês a termo, porém, na última sessão, a frequência desse comportamento tendeu a decrescer nos dois grupos (Fig. 14).

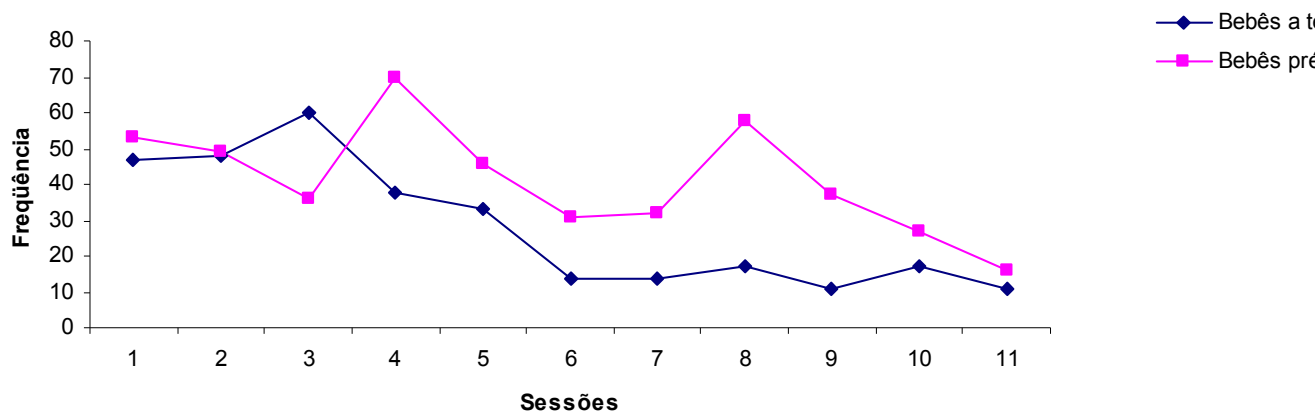


Figura 14 – Frequência da categoria *Contato de rotina* por condição de nascimento.

Quando se tratou do *Contato envolvido*, o grupo de bebês a termo apresentou a frequência mais elevada desse comportamento, exceto na terceira sessão, na qual a frequência foi de 66 para prematuros e de 40 para bebês a termo. Interessante notar que tenha sido também na terceira sessão que essa exceção se fez, já que também foi nela que o *Contato de rotina* fugiu à regra e encontrou-se mais elevado entre os bebês a termo (Fig. 15).

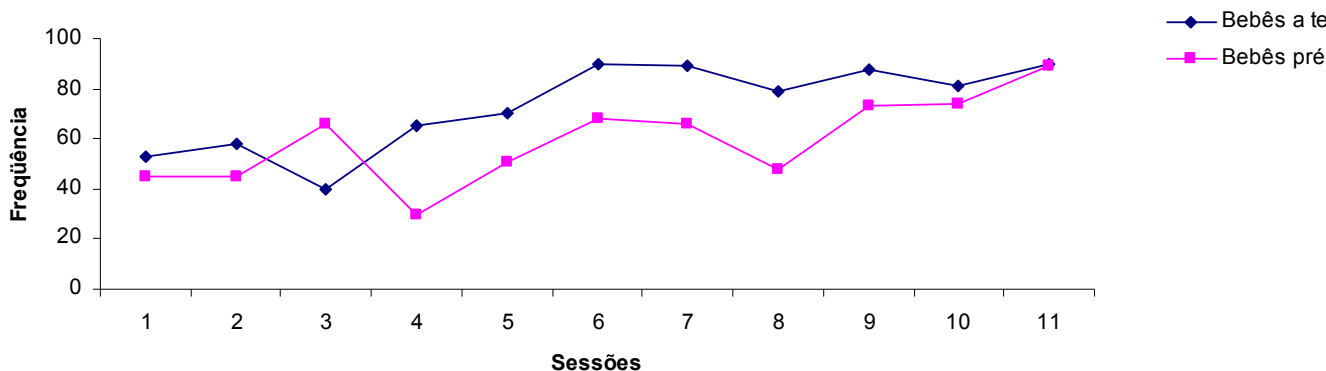


Figura 15 – Frequência da categoria *Contato envolvido* por condição de nascimento.

No que se refere ao *Contato ocular*, sua frequência foi um pouco maior entre o grupo a termo, exceto na primeira e na quinta sessões, nas quais o *Contato ocular* foi ligeiramente mais freqüente entre os bebês pré-termo (de 2 para 1, na primeira sessão e, de 3 para 2 na quinta sessão); na segunda sessão onde esse comportamento foi ausente nos dois grupos e na quarta e décima primeira sessão, nas quais este comportamento apresentou as mesmas frequências (1 na segunda sessão e na quarta sessão e 4 na décima primeira sessão) (Fig. 16).

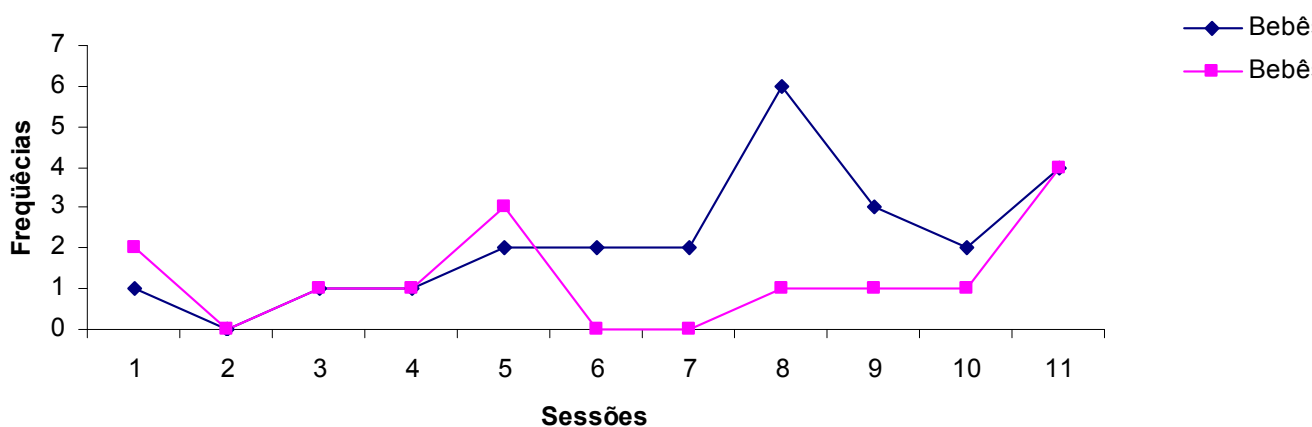


Figura 16 – Frequência da categoria *Contato ocular* por condição de nascimento.

Fazendo a análise comparativa entre os comportamentos da dimensão *Estados do Bebê*, verificamos que os bebês a termo choravam mais que os bebês pré-termo, sendo a frequência desse estado maior em todas as sessões, entre os bebês a termo. Evidenciou-se, ainda, que, para ambos os grupos, a frequência mais elevada desse comportamento situou-se na segunda sessão (47 para os bebês a termo e 30 para os prematuros) e que, até a quinta sessão a relação entre os dois grupos, quanto à frequência desse estado, foi de proporção direta, por exemplo, na segunda

sessão, quando a frequência de *Choro* para os bebês a termo subiu de 21 para 47, essa frequência entre os prematuros também subiu de 16 para 30 (Fig. 17).

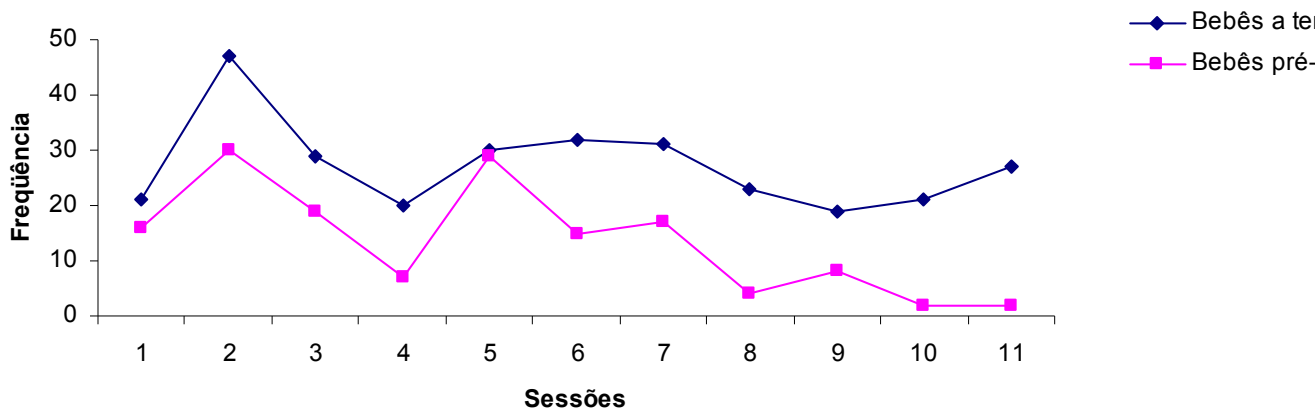


Figura 17 – Frequência da categoria *Choro* por condição de nascimento.

Quanto ao estado *Alerta com vocalização*, sua frequência foi mais elevada entre os bebês a termo, com exceção da terceira sessão, onde a frequência foi maior entre os prematuros, de 2 para 6, e, na sétima sessão, onde também foi maior entre os prematuros, de 7 para 9. Na última sessão, os dois grupos apresentaram uma tendência no sentido crescente para a frequência desse estado (de 35 para 39, para o grupo de bebês a termo e de 11 para 33, para os prematuros) (Fig. 18).

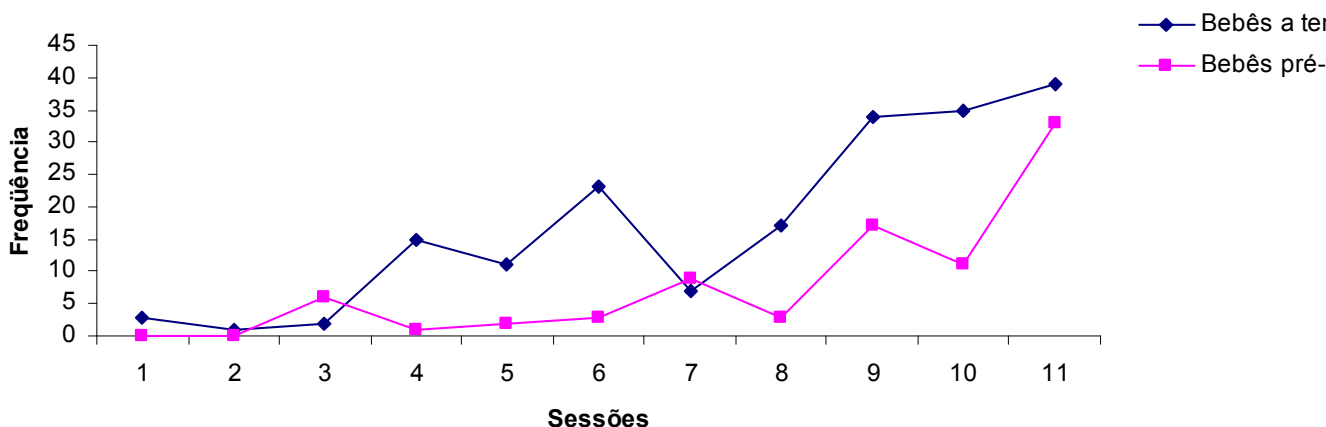


Figura 18 – Frequência da categoria *Alerta com vocalização* por condição de nascimento

Já no que tange ao estado *Alerta sem vocalização*, sua frequência foi ligeiramente maior entre os bebês prematuros, com a única exceção da primeira sessão, na qual a frequência desse estado foi maior entre os bebês a termo, de 84 para 75, todavia, na última sessão, a frequência desse estado para ambos os grupos tendeu no sentido decrescente (de 50 para 42, entre os bebês a termo e de 95 para 73, entre os pré-termos) (Fig. 19).

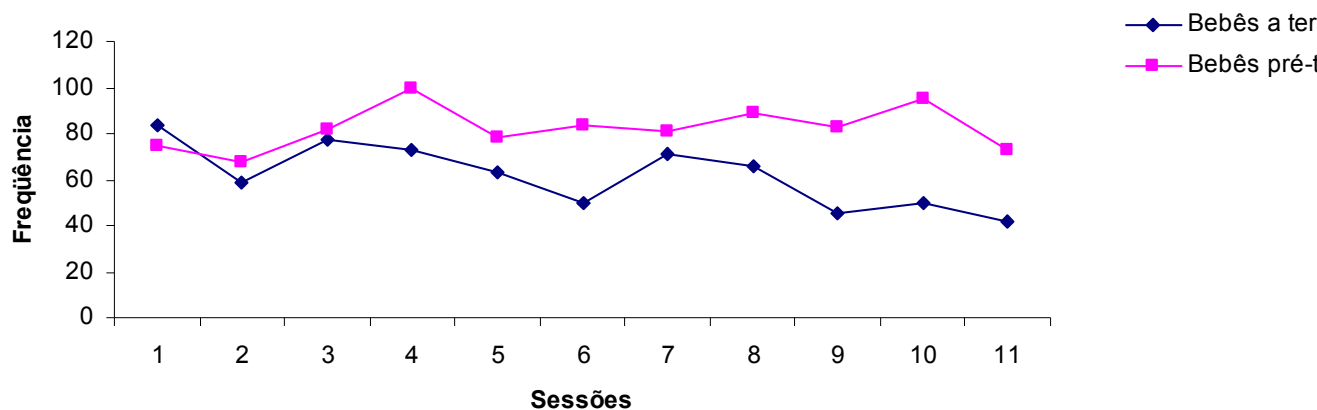


Figura 19 – Frequência da categoria *Alerta sem vocalização* por condição de nascimento.

A comparação entre as frequências do estado de *Sono* ou sonolência entre os dois grupos revelou uma frequência muito mais elevada desse comportamento entre o grupo de prematuros, sendo que a primeira sessão foi onde houve a maior frequência de *Sono* entre os prematuros (18). Para o grupo de bebês a termo só houve um episódio de *Sono*, na primeira sessão, enquanto que entre os bebês prematuros houve episódios de *Sono* em quatro sessões (na primeira, na segunda, na sexta e na oitava) (Fig. 20).

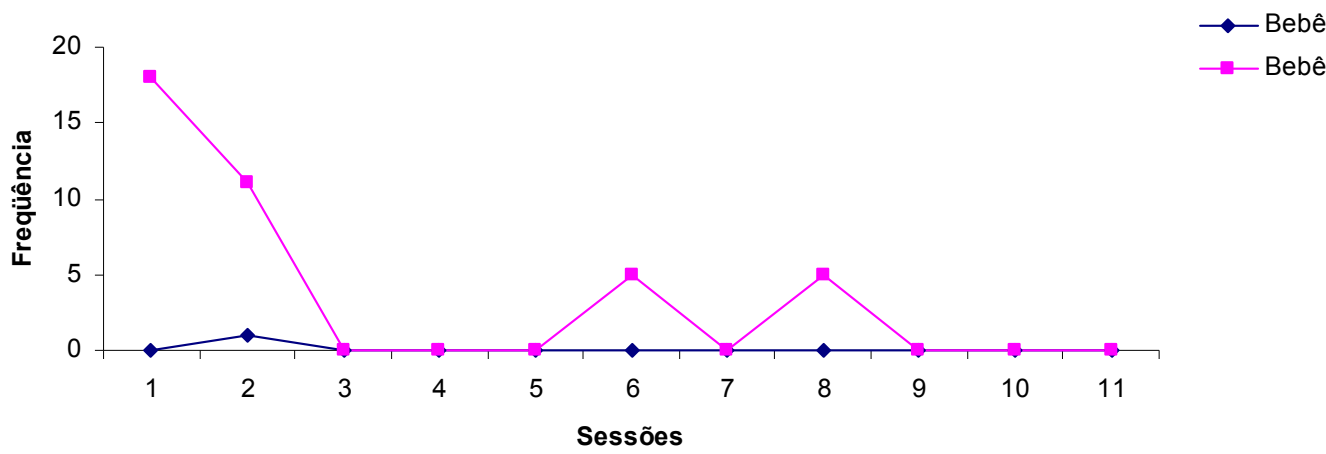


Figura 20– Frequência da categoria *Sono* por condição de nascimento.

4- Discussão e Conclusões

Síntese dos resultados

Retomando resumidamente nossos resultados, podemos constatar que a análise dos casos sugeriu que os bebês prematuros apresentaram-se menos ativos que os bebês a termo. Dentre os bebês prematuros, Ítalo, o bebê do primeiro caso, demonstrou ser o menos ativo, já que se apresentava freqüentemente sonolento, chorava pouco e vocalizava pouco também. Sua mãe demonstrava muito cansaço, decorrente, não apenas do longo período de hospitalização e das preocupações aí presentes, como também dos cuidados que passou a dispensar, sozinha, ao seu bebê, durante todo o dia e também à noite, já que ele demandava cuidados extras por apresentar refluxo em grau importante.

Já Mariana, o bebê do segundo caso, foi, dentre os bebês pré-termo deste estudo, o que se apresentou como o mais ativo durante as observações. Era um bebê que chorava e vocalizava bem mais que os outros dois prematuros do estudo e não se apresentava dormindo ou sonolento durante as observações.

Ana Luiza, o bebê do terceiro caso, situou-se, então, em termos de atividade, numa posição intermediária, entre, de um lado a hipoatividade de Ítalo e, de outro lado, a atividade particular à Mariana. Foi percebido como um bebê tranqüilo, já que chorava pouco, porém era ativo, vocalizando em algumas situações de interação e mantendo-se alerta na maioria das vezes.

De uma maneira geral, a responsividade materna esteve relacionada a esta característica de atividade do bebê e a conseqüente possibilidade de responderem adequadamente ao meio, já que as mães dos bebês nascidos prematuramente se apresentaram menos envolvidas nos cuidados aos seus bebês do que as mães de bebês nascidos a termo, as quais se dirigiam mais a eles em maminhas, os olhavam e os tocavam mais durante os cuidados que lhes dedicavam.

Além disso, as preocupações em termos de seqüelas deixadas pela prematuridade ou mesmo inquietações quanto à normalidade do desenvolvimento dos seus filhos também podem ter exercido algum papel no desempenho da função materna dessas mulheres, interferindo, particularmente no caso 1, na qualidade das relações. Abordando as preocupações em torno do nascimento prematuro, o estudo de Pearl & Donahue (1994) demonstra que, mesmo em ambiente sócio-econômico cultural favorável (de classe média), o nascimento pré-termo e de baixo peso permanece como um fator de preocupação para a família sobre o desenvolvimento da criança; entretanto, esses autores afirmam que as mães de crianças nascidas pré-termo demonstraram alta expectativa em relação ao seu desenvolvimento, discordando que elas

poderiam ter problemas futuros e acreditando que um ambiente favorável promoveria o desenvolvimento adequado das crianças.

De maneira geral, as três mães de bebês prematuros demonstraram este tipo de preocupação, porém, em meio a essas mães, Ivony foi a que se apresentou mais preocupada e, apesar de ser uma mãe segura no desempenho dos cuidados com o seu bebê, provavelmente, devido ao prognóstico médico de alguma seqüela neurológica que resultasse em atraso no desenvolvimento e, em decorrência da debilidade das respostas do bebê às suas iniciativas, apresentou, especialmente nas primeiras sessões, baixa responsividade em termos de contatos envolvidos, demonstrando insegurança, especificamente com relação às capacidades do bebê em lidar com o meio.

Marinete também apresentou muitas preocupações relacionadas a prematuridade, porém estas estavam mais associadas ao medo de contágio, devido à imaturidade do sistema imunológico do seu bebê, do que propriamente relacionadas ao medo de seqüelas. Quando essa mãe fazia alguma referência ao desenvolvimento do bebê não era no sentido de ressaltar a anormalidade, ao contrário, era entendendo qualquer atraso como pertinente à prematuridade e, portanto, normal. Além disso, ela relatava, com entusiasmo, as medidas que estavam sendo tomadas, na fisioterapia, por exemplo, para que, certamente, sua filha apresentasse as aquisições devidas. Provavelmente, as preocupações particulares a essa mãe em torno da prematuridade do bebê tenham contribuído para sua insegurança em cuidar dele, já que, por exemplo, só se autorizou a dar o banho do bebê, sozinha, a partir da sétima sessão.

Quanto a essas preocupações, Ana Lúcia fez algumas referências a respeito do cuidado em torno da normalidade do desenvolvimento do seu bebê, sem, no entanto, demonstrar-se especialmente preocupada. No entanto, não apresentou nenhuma preocupação relacionada ao medo de contágio, não fazendo restrições no contato do bebê com seu entorno imediato.

Já as mães dos bebês nascidos a termo não se apresentaram especialmente cuidadosas com a possibilidade de contágio, além da atenção às medidas recomendadas pelos médicos no primeiro mês de vida, como, por exemplo, a lavagem das mãos ao pegar nos bebês.

Em geral, observamos que a debilidade das respostas dos bebês nascidos pré-termo e as preocupações maternas adicionadas pela prematuridade parecem ter interferido nas interações dessas díades, especialmente no estabelecimento do saber materno, principalmente nas três ou quatro primeiras sessões. Porém, esse saber pode ser construído e, ao longo das onze sessões de observação, essas mães foram capazes de se comunicar com eficiência com seus bebês e mesmo valorizá-los positivamente. Dessa forma, entendemos essa conquista da função materna como tendo relação com o efeito reforçador sobre a capacidade de maternagem dessas mulheres, da conquista da sobrevivência dos seus bebês, e da *sobrevivência* afetiva de suas famílias à experiência de hospitalização prolongada e de todos os riscos aos quais a

prematuridade expôs seus filhos, estando em jogo nessa experiência a relação entre risco e resiliência.

Quanto às dificuldades iniciais na assunção do saber materno, também duas mães de bebês a termo as apresentaram, principalmente no primeiro mês de vida do bebê. Uma delas foi a mãe do caso 4, Paula. Nas três primeiras sessões, ela se apresentou particularmente silenciosa, só vindo a falar com maior consistência em mamamês com o seu bebê a partir da oitava sessão. Além disso, demonstrou pouca familiaridade com o seu bebê, assustando-se com alguns de seus comportamentos, como também apresentou poucos sinais de identificação com ele, necessitando demorar-se nestas sessões na transição para o estabelecimento do saber materno, através da passagem pela fase intermediária de um saber técnico sobre o seu bebê. Foi a partir da quarta sessão que esta mãe tornou-se mais comunicativa e, ao mesmo tempo, demonstrou autorizar-se um saber sobre o seu filho, supondo-o, mais efetivamente, como sujeito e significando demandas dele dirigidas a ela.

A outra mãe do grupo de bebês nascidos a termo, que também precisou de um período inicial de adaptações para assumir efetivamente o saber materno foi a mãe do caso 6, Júlia. Nas três primeiras sessões esta mãe demonstrou insegurança em cuidar do seu bebê, dependendo da avó e do pai da criança para realizar os cuidados, o que evidenciou uma inibição na suposição de sujeito e no estabelecimento de demandas. Porém, a partir da quarta sessão o saber materno já se fazia mais fortemente presente.

Já a mãe do caso 5, Nicianá, apresentou desde as primeiras sessões o saber materno firmemente constituído, o que refletiu positivamente na qualidade da interação com o seu bebê.

Quanto ao Padrão de aleitamento, não identificamos algum padrão específico a cada um dos grupos, de prematuros ou de bebês a termo. Houve variações entre olhar, falar e tocar no bebê durante o aleitamento para ambos os grupos. Sabemos que, devido à prematuridade desses bebês e à sua hospitalização prolongada, os bebês prematuros nunca foram alimentados exclusivamente no seio materno, o que, para algumas mães do grupo de bebês pré-termo pode ter influenciado de forma compensatória para o prolongamento do aleitamento no seio, como parece ter ocorrido, especialmente com a mãe do caso 1, Ivony, além da sua particular preocupação com a saúde do seu bebê que pode ter agido no sentido de intensificar o aleitamento no seio como uma medida terapêutica. Outra mãe que também se dedicou ao aleitamento no seio foi a mãe do caso 3, Ana Cristina, nesse caso tendemos a pensar que participou desse investimento, não apenas o fato de ter permanecido cinco meses em casa com sua filha, o valor de conquista que o aleitamento pode representar diante da sua história de repetidas frustrações em tornar-se mãe.

No que se refere mais especificamente ao desmame do seio e à passagem para alimentação semi-sólida, no grupo de bebês nascidos prematuramente observamos que, mesmo com todas as dificuldades que a prematuridade e o retorno ao trabalho conferem ao aleitamento no seio,

essas mães parecem ter relutado em fazer este desmame cedo: Ivony, caso 1, interrompeu o aleitamento no seio quando o bebê tinha quase seis meses de idade e o introduziu na alimentação semi-sólida quando ele tinha cinco meses de idade; já na díade do caso 2, Marinete e Mariana, o desmame e a passagem para alimentos pastosos se deu quando o bebê tinha dez meses de idade, e, ainda, essa mãe revezava a mamadeira e o peito como uma forma de controle da quantidade de leite ingerido. Na díade Ana Cristina-Ana Luiza a passagem para a alimentação semi-sólida se deu quando o bebê tinha oito meses de idade e foi desmamada do seio quando tinha onze meses de idade, ou seja, ambas as situações ocorreram após o período de observação do presente estudo.

Na comparação entre as idades dos desmames dos bebês dos dois grupos é preciso levar em conta o período de hospitalização e o fato dos bebês nascidos prematuramente não terem começado a ser amamentados, na mamadeira ou no seio, logo após o nascimento, como aconteceu com os bebês nascidos a termo.

As mães das díades de bebê a termo tiveram oportunidade de amamentar seus bebês exclusivamente no seio. O tempo de desmame e introdução de semi-sólidos para as díades desse grupo foram os seguintes: com cinco meses Lara, o bebê do caso 4, passou a comer semi-sólido e com seis meses e meio foi desmamada do seio, havendo sido amamentada exclusivamente no seio até os quatro meses de idade. O bebê do caso 5, Carlos, se alimentou exclusivamente no seio até um mês e meio de idade, e foi iniciado na alimentação semi-sólida com quatro meses de idade. O bebê do caso 6, Vitória, mamou exclusivamente no seio materno até a idade de cinco meses e meio e, a partir de então, passou ao aleitamento misto, seio e mamadeira, até a última sessão de observação, na qual não havia planos para desmamá-lo, e com seis meses de idade o bebê foi introduzido na alimentação pastosa.

No que se refere à função paterna no grupo de bebês nascidos prematuramente, observamos que esta se estabeleceu sem maiores dificuldades nas díades do caso 2 e do caso 3, enquanto que na díade do caso 1 a função paterna esteve vacilante durante quase todo o período de observação, o que pode ser ilustrado pelo fato de, até a sétima sessão, a mãe desta díade dormir no quarto do bebê, temerosa dele engasgar ou ter falta de ar por causa do refluxo. Já no grupo de bebês nascidos a termo, a função paterna pareceu instaurar-se sem maiores dificuldades.

Portanto, os resultados demonstram que existe uma pequena diferença no estilo das interações mães-bebês das díades compostas por bebês prematuros, que se apresentam menos ativos e, provavelmente como uma conseqüência, têm mães menos responsivas quando comparadas com as díades compostas por bebês nascidos a termo; além disso, as preocupações adicionais em torno da saúde dos bebês parecem exercer algum efeito sobre a qualidade das interações iniciais.

Essas características iniciais das díades formadas por prematuros parecem influenciar a assunção por parte dessas mães do saber materno e atrasar um pouco o estabelecimento da função materna, tendo, desse modo, efeitos sobre os padrões de cuidados dispensados aos bebês, como sobre os padrões de comunicação entre as díades. No entanto, observamos que após o primeiro mês em casa essas diferenças entre os dois grupos começam a se atenuar e pudemos apreciar nas últimas sessões de observação uma tendência no sentido da equiparação tanto dos comportamentos maternos, quanto dos estados dos bebês, assim como da possibilidade da realização adequada da função materna.

Entretanto, observamos que alguns fatores são relevantes para o entendimento do comportamento materno e seus efeitos sobre a qualidade da interação mãe-bebê, tal é o caso da personalidade materna, a presença de episódios de depressão materna, a forma como cada mulher experimentou sua relação com a maternidade na relação com suas próprias mães e fatores referentes ao contexto familiar, incluindo aí a presença ou não de redes sociais de apoio e da relação conjugal positiva.

A comparação com a literatura

Essas observações estão em conformidade com os resultados de alguns estudos que demonstram que diversos fatores, como características dos bebês, do ambiente físico (estimulação adequada), escolaridade dos pais, dinâmica familiar, poder aquisitivo da família e relações familiares podem influenciar a qualidade da interação mãe-bebê, com conseqüências sobre o desenvolvimento infantil (Benn, 1993; Kochanck, 1993; Levy-Shiff, Mogliner, Lerman & Krikler, 1994).

Assim, diante do objetivo do presente estudo de comparar a qualidade da interação mãe bebê, verificando a existência de especificidades características das díades compostas por bebês prematuros, considerando-se possíveis associações entre a qualidade da interação mãe-bebê prematuro e riscos para o desenvolvimento do processo de apego, os resultados apóiam as indicações da literatura do efeito moderador do risco social na relação entre o risco biológico e o desempenho funcional infantil.

Vários autores afirmam que, especificamente, crianças nascidas prematuramente são mais vulneráveis aos efeitos de ambientes desfavoráveis em comparação com crianças nascidas a termo (De Andraca, Pino, De la Parra, Riviera, Castilo, 1998; Hogan, Rogers, Msall, 2000). Bradley, Whitside, Caldwell, Cassey, P.H., Kelleher, K., Pope, S., Swanson, M., Barret, K. & Cross (1993) afirmam que um ambiente familiar adequado pode reduzir ou compensar os efeitos adversos do risco perinatal e, em contrapartida, um ambiente familiar inadequado pode intensificar este risco, assim, por exemplo, segundo esses autores, os atrasos motores

verificados nas crianças pré-termo parecem ser recuperados com a maturação biológica e a estimulação ambiental, especialmente a responsividade do cuidador. Na mesma direção, Méio, Lopes & Morsch (2003), concluindo a respeito de fatores prognósticos na relação entre prematuridade e desenvolvimento cognitivo, afirmam que no seu estudo os fatores neonatais tiveram pouca importância para prever o desenvolvimento cognitivo dos prematuros de muito baixo peso na idade pré-escolar, tendo os fatores sociofamiliares exercido maior influência.

E, ainda, Mancini, Megale, Brandão & Sampaio (2004) num estudo onde avaliaram o impacto da interação entre o nascimento pré-termo e o nível sócio econômico da família no desempenho funcional e na independência em tarefas da rotina diária, em crianças de três anos de idade, observaram que o risco social, enquanto fator moderador, modificou a relação entre o risco biológico e habilidades de mobilidade e independência da criança nas suas interações sociais. Assim, como sugerem Sameroff & Fiese (1990), o desenvolvimento infantil deve ser entendido como produto de interações dinâmicas entre a criança, a família e o contexto.

Quanto ao presente estudo, por um lado, nem todas as mães dos prematuros estudados apresentaram temor com relação a possíveis seqüelas por conta da prematuridade e, por outro lado, nem todas as mães de bebês nascidos a termo demonstraram segurança e saber materno nas primeiras sessões de observação. Isso nos leva a pensar nos fatores sociais como exercendo aí um papel preponderante, além, é claro, da história de vida dessas mulheres e suas relações familiares.

A mãe do caso 1, Ivony, possui uma história de perdas anteriores, uma filha aos quatro meses de idade e um aborto espontâneo, o que pode justificar sua preocupação com a sobrevivência do seu bebê, além da história clínica do filho incluir refluxo com baixa de oxigenação como consequência e a possibilidade de aspirar o alimento regurgitado com risco de infecção pulmonar, como também foi um bebê que teve alta com o prognóstico de possíveis seqüelas neurológicas, que não se confirmaram; porém, seu quadro clínico e sua prematuridade justificaram um importante atraso no desenvolvimento, acompanhado por essa mãe com muita apreensão. Somando-se a isso, Ivony não contou com uma rede social de apoio, demonstrando extremo cansaço ao longo das observações, sendo levada a deixar o filho com uma empregada, tendo vivido, dessa maneira, o retorno ao trabalho como um sofrimento. Além disso, o pai do bebê tinha uma carga horária de trabalho bastante extensa, não dividindo com Ivony os cuidados com o filho. E ainda, a relação conjugal dessa mulher não esteve clara durante as observações, seus comentários relacionados ao marido eram no sentido da inclusão do filho na linhagem paterna através da identificação de traços familiares, porém seus comentários indicavam uma clara divisão dos papéis parentais, estando os cuidados com o filho reservados inteiramente a ela. Além disso, a carga horária de trabalho de Ivony era de oito horas, sendo seu trabalho longe de casa, o que restringia muito seu contato com o bebê. Existiram, ainda, dificuldades de ordem financeira e operacional em manter Ítalo nos tratamentos com os

especialistas recomendados pelo serviço de neonatologia, como, por exemplo, a fisioterapia que teve que ser transferida para um hospital público mais próximo da residência da família.

A mãe do caso 2, Marinete, ao contrário, contou com uma extensa rede social de apoio, da qual participavam sua mãe e sua irmã, que passaram a morar com ela, além do seu marido, absolutamente envolvido nos cuidados ao bebê e que dividia com ela, inclusive os cuidados noturnos. Como ambos, Marinete e seu marido trabalhavam em regime de turnos, faziam uma escala de horários de tal forma que um dos dois pudesse ficar com Mariana. Além disso, a situação financeira do casal permitiu que eles oferecessem à Mariana os acompanhamentos com todos os especialistas recomendados pelo serviço de neonatologia. Quanto às dificuldades iniciais dessa mãe em assumir o saber materno e exercer com segurança a função materna, entendemos como podendo está relacionada com a própria constituição subjetiva dessa mulher, que ao mesmo tempo em que apresenta traços de uma personalidade controladora, parece está, ela própria, na posição de objeto de maternagem.

A mãe do caso 3, Ana Cristina, por sua vez, demonstrou estar experimentando a maternidade de maneira reparadora para as suas feridas narcísicas (ela teve quatro gestações interrompidas), indicando a possibilidade de resiliência, apoiada na sua constituição subjetiva. Além disso, sua relação conjugal parecia estar sendo vivida de maneira positiva e ambos, ela e o marido, receberam essa filha com muita alegria. Se, por um lado, ela não contou com uma rede social de apoio, a não ser uma empregada que contratou quando retornou ao trabalho, por outro lado, ela pôde ficar em casa com a filha por um período de cinco meses, antes de voltar a trabalhar, o que foi experimentado de maneira, aparentemente, prazerosa. Além disso, ela demonstrava estar habituada a desempenhar todas as tarefas domésticas sem ajuda e desempenhava os cuidados ao bebê com muita satisfação, sem aparentar cansaço.

A mãe do caso 4, Paula, por sua vez, experimentou a maternidade de forma conflitante, desde a gravidez. Por não ter sido uma gravidez programada, o que não significa que não tenha sido desejada, essa mulher viveu a maternidade como uma grande perda. Perda dos seus projetos de vida, tanto pessoais, quanto profissionais, já que a gravidez foi o motivo encontrado por ela para permanecer no Brasil (ela estava de passagem e residia num outro país, pátria da sua ascendência paterna) e iniciar prematuramente uma relação conjugal com um namorado recente. Na ocasião da sua separação, quando Lara tinha seis meses de idade, portanto, na última sessão de observação, essa mãe nos relatou que se sentia deprimida desde a gravidez, o que a levou a retomar sua psicanálise e a recorrer ao uso de anti-depressivo. Além disso, como pano de fundo para as suas dificuldades com relação à maternidade, Paula tinha uma relação particularmente difícil com a sua mãe, vivida através de sentimentos de abandono, que muito se exacerbaram com a experiência da gravidez, da própria maternidade e da separação. Portanto, sua rede social de apoio era limitada a pessoas de fora da família, não contando com a sua família em outro estado. Por outro lado, o fato do seu trabalho ser próximo a sua casa e ter horários flexíveis serviu de facilitador para um maior tempo de contato com Lara.

A mãe do caso 4, Niciano, ao contrário, possuía uma extensa rede de apoio, formada pelas irmãs e sobrinhas e demonstrava ter uma relação conjugal sólida e prazerosa que funcionava, ao seu turno, como um importante apoio para a experiência da maternidade, possibilitando, por exemplo, que ela deixasse de trabalhar para se dedicar aos estudos e aos cuidados com o bebê, o que parecia realizar com muita satisfação. Além disso, Niciano demonstrava ter uma relação harmoniosa com sua mãe e seus familiares.

A mãe do caso 6, Júlia, além de contar com o apoio da própria mãe e da sua estrutura doméstica, já que moravam com sua mãe, estava também apoiada por uma boa relação conjugal, além de contar com a ajuda efetiva do pai de Vitório nos cuidados dispensados a ele. Esse pai tinha um horário de trabalho que o permitia dividir com Júlia os cuidados com Vitório, além de ter disponibilidade pessoal para a maternagem.

No que se refere a existência ou não de rede de apoio social nos cuidados ao bebê, Burchinal, Follmer & Bryant (1996), afirmam que mulheres que contam com uma larga rede de suporte tendem a ser mais calorosas e responsivas com seus filhos e a promover um ambiente mais estimulador em casa do que mães com menos apoio social, indicando que os cuidados maternos podem ser influenciados positivamente pela rede social de apoio. Outros autores afirmam ainda que o suporte social pode influenciar indiretamente o desenvolvimento social e cognitivo em pelo menos duas formas: os membros da rede social de apoio podem ensinar e encorajar os pais a usar mais apropriadamente suas habilidades desenvolvimentais de parentalidade com suas crianças, como também, o suporte social pode amenizar o impacto do estresse nos pais, reduzindo, assim, o impacto do estresse no estilo da parentalidade. Dessas duas maneiras, então, o suporte social deve, indiretamente, favorecer o desenvolvimento infantil pelo fato deste estar associado à responsividade e à sensibilidade dos cuidadores durante a primeira infância (Bronfenbrenner & Crouter, 1983; Tolson & Wilson, 1990).

Com relação à coabitação do pai ou da avó na residência da díade mãe-bebê, Tolson & Wilson (1990) a relacionam ao aumento do clima familiar positivo. Além disso, Kellam, Ensminger & Turner (1977), associam a presença do pai ou da avó na mesma casa da mãe e do bebê a uma melhor adaptação social durante a primeira infância.

Tratando da necessidade das mães retornarem ao trabalho após o período de licença maternidade, Clark, Hyde, Essex & Klein (1997), avaliam que o processo mais importante como mediador do trabalho materno e do desenvolvimento infantil é a qualidade das interações mãe-bebê, já que a criança precisa experimentar interações recíprocas e afetivamente envolvidas com seus pais para se tornar interessada em interações sociais e para desenvolver relacionamentos de apego. Quanto ao desejo ou não de retornarem ao trabalho, Schirtzinger, Lutz & Hock (1993) afirmam que as mães que retornam ao trabalho antes de desejarem ou sentirem-se prontas em fazê-lo, tornam-se estressadas e/ou depressivas e podem se tornar menos capazes de prover a qualidade de cuidados sensíveis e responsivos.

Por outro lado, outros estudos, além de não encontrar efeitos negativos no trabalho materno sobre a responsividade, sugerem, ainda, que mães que trabalham podem ser mais interativas com seus bebês, particularmente com respeito à estimulação verbal, podendo se engajar mais em comportamentos facilitadores, inclusive com menos afirmações de poder e mais orientação positiva, além do trabalho atuar positivamente sobre a saúde física da mãe (Hoffman, 1984; Crockenberg & Litman, 1991).

Clark, Hyde, Essex & Klein (1997), concluem a esse respeito que as características específicas das mães, das crianças e das famílias moderam a natureza e o impacto do fim da licença maternidade e da integração saudável da família e do trabalho. Dessa forma, segundo esses autores, as diferenças individuais da mãe, do bebê e da família e aspectos específicos do trabalho contribuem para a qualidade da interação mãe-bebê, assim, por exemplo, o temperamento do bebê ou suas necessidades especiais, a saúde física e mental da mãe ou a qualidade do suporte emocional no relacionamento marital podem afetar as transações entre a mãe, a criança e outros membros da família.

Alguns estudos relacionaram a qualidade da relação conjugal à qualidade da relação mãe-bebê, com o suporte emocional da relação marital estando associada à qualidade mais positiva da interação mãe-bebê (Besky, 1979; Crockenberg & Smith, 1982).

Verifica-se, ainda, que mães de crianças pré-termo que não tiveram suporte social adequado e experimentaram mais eventos estressores durante a gravidez apresentam menor equilíbrio psicológico, dificuldade para exercer a maternagem e para estabelecer um padrão de interação adequado com a criança (Carvalho, Linhares & Martinez, 2001)

Portanto, podemos nos posicionar a favor da necessidade de analisarmos nossos resultados à luz das particularidades contextuais e de personalidade dos sujeitos envolvidos. Quanto a isso, o temperamento foi encontrado como contribuindo muito, associadamente às predisposições maternas e as variáveis contextuais, para a qualidade das relações mãe-bebê (Crockenberg & Smith, 1982).

Dentre os fatores que exercem importante influência sobre a qualidade da interação mãe-bebê, a depressão materna é vista por Clark, Hyde, Essex & Klein (1997) como estando relacionada a distúrbios nas interações mãe-bebê e a problemas desenvolvimentais e psicossociais na criança e, além disso, as mães depressivas são descritas como percebendo seus filhos como mais difíceis de cuidar, mais agitados e inadaptados do que percebem as mães não deprimidas. Para Teti (2000), a associação entre depressão materna e apegos inseguros em crianças ocorre apenas quando a depressão materna é crônica e severa. As mães deprimidas são descritas por Teti (2000) como menos sensíveis e calorosas e mais desengajadas do que as mães não deprimidas, porém a depressão unipolar, aguda e branda, não está associada, segundo esse autor com o estabelecimento de apego inseguro na criança. Podemos pensar então, tendo em vista a possibilidade de episódios depressivos nas mães do caso 1 e do caso 6,

respectivamente, Ivony e Paula, que esta possibilidade não coloca seus filhos em risco para o desenvolvimento do padrão de apego seguro, já que, se de fato essas mães experimentaram episódios de depressão esta foi aguda e reativa à eminência de feridas narcísicas.

Tendo visto os possíveis fatores sociais e de personalidade que podem ter participado ativamente dos resultados da nossa pesquisa, é preciso, ainda, situarmos esses resultados no seio da teoria do apego, já que nos interessa especular sobre possíveis efeitos da qualidade da interação mãe-bebê sobre o desenvolvimento do processo de apego.

Bowlby (1982,1990) afirma que a interação social é fundamental para a formação de vínculos e o conseqüente desenvolvimento do processo de apego e que o bebê apega-se a pessoas que interagem socialmente com ele, muito mais do que a pessoas que só atendem às suas necessidades corporais.

Dessa forma, nossos resultados estão em conformidade com a teoria do apego, na medida em que a qualidade da interação mãe-bebê pode ser um forte preditor para o tipo de padrão de apego a ser desenvolvido. Por exemplo, no que se refere mais particularmente à relação entre o retorno ao trabalho e o desenvolvimento do apego, Goldberg & Easterbooks (1988) encontraram que filhos de mães que retornaram ao trabalho antes de os bebês terem seis meses de idade, tendo experimentado, além disso, muitas mudanças nos cuidados durante a infância, estão mais propensos a ter pelo menos um apego inseguro (com a mãe ou com o pai) do que aqueles cujas mães não trabalham e que não tiveram múltiplos cuidadores. Com respeito à relação entre as características dos pais e das famílias (personalidade negativa, casamento infeliz) e o padrão de apego desenvolvido, Belsky (1996) encontrou o estabelecimento de apego inseguro nas crianças desses pais. Assim, muitos estudos indicam que dificuldades iniciais de interação e o alto grau de estresse familiar aumentam o risco dos prematuros, com baixo peso ao nascimento, de desenvolver relação de apego inseguro com os seus cuidadores, em comparação com bebês nascidos a termo (Poehlmann & Fiese, 2001; Frodi & Thonpson, 1985; Goldberg, Perrotta, Minde, & Corter, 1986).

Assim, segundo Eckerman, Hsu, Molitor, Leung & Goldstein (1999) a alteração e o atraso da responsividade dos prematuros devem limitar os meios pelos quais as mães promovem estimulação social apropriada, o que resulta em fragilidade futura do processo de apego. Dessa forma os bebês prematuros são descritos por Pereira & Funayama (2004) como apresentando um comportamento diferente, aos seis meses de idade cronológica, dos bebês nascidos a termo. Segundo essas autoras, os prematuros vocalizam menos, brincam menos e são mais irritáveis que os bebês a termo, porém olhavam mais para seu entorno imediato. Elas observaram ainda que essas diferenças, com exceção da vocalização, desaparecem por volta dos 14 meses.

A estimulação social considerada por Bowlby (1990) como eficaz para o estabelecimento do comportamento de apego inclui uma combinação de estimulação visual, auditiva e tátil, como também, cinestésica e olfativa. Dessa forma, a observação dos comportamentos maternos e dos estados dos bebês realizada pelo presente estudo, através da observação dos tipos de contato da mãe, dos padrões de comunicação mãe-bebê, do uso do mamarhês e de intervalos de presença-ausência materna para a estruturação de um discurso, assim como, a observação das trocas de olhar entre a mãe e o bebê delineiam a qualidade da interação mãe-bebê, de tal forma a ser utilizada como indicador do padrão de apego a ser desenvolvido, como proposto pela teoria do apego.

Quanto à observação da troca de olhares entre as díades, os resultados sofreram efeitos da falta de instrumentalização adequada para captar com maior sensibilidade esse comportamento. Apesar da insuficiência de dados referentes ao contato ocular, nossas observações confirmaram os achados de Bowlby (1990) de que as mães, durante os cuidados rotineiros, não fazem muito contato olho a olho, fazendo-o quando estão expressando sentimentos sociais.

Além disso, Bowlby (1990) destaca as respostas de choro, por aproximar a mãe do bebê; seguir e agarrar-se, por levar o bebê até a mãe e mantê-lo junto a ela; a sucção, cujo papel, segundo ele, é difícil de precisar e, por fim, chamar a mãe como sendo *comportamentos mediadores do apego*. No presente estudo foram observadas as respostas de choro e o padrão de intervalos na sucção enquanto comportamentos importantes nas interações iniciais entre a mãe e seu bebê, já que mediadores do apego. As demais respostas não foram observadas devido à idade dos bebês estudados. Quanto ao choro, como já foi anteriormente indicado, os bebês prematuros parecem chorar menos que os bebês a termo, provavelmente em função da tendência que apresentam no sentido de uma hipo-atividade, quando comparados aos bebês nascidos a termo, em decorrência da sua imaturidade neurológica. Com relação ao padrão de sucção, observamos que as mães, quando assumiam um saber sobre seus filhos, podendo desempenhar a função materna com sensibilidade, tendiam a significar os intervalos de sucção como significantes de uma demanda dos bebês dirigida a elas, à qual respondiam com palavras, olhares e contato carinhoso. É dessa maneira que entendemos, apesar de Bowlby não ter se posicionado a respeito, que esse comportamento pode servir como mediador do apego, servindo como via de acesso da criança à linguagem, por funcionar como trocas comunicativas.

Bowlby (1990) trata também da função do aleitamento para o desenvolvimento sensorial do bebê, entendendo-a como essencial enquanto possibilidade de estimulação sensorial e de interação social promovidas pelo contato íntimo mãe-bebê. Ele observa também que os bebês que têm um contato corporal reduzido ao serem

amamentados apresentam lentidão no desenvolvimento da orientação antecipatória em orientar-se em direção ao seio materno, diante da sua visão. As observações do presente estudo concernentes ao padrão de aleitamento mãe-bebê não foram esclarecedoras, já que não foi identificado nenhum padrão de aleitamento característico aos bebês prematuros ou aos bebês a termo. Porém, os resultados indicam uma associação entre maior presença do olhar, do toque e da fala durante o aleitamento nos períodos onde as mães se encontravam engajadas na função materna. Foi observado também que, em alguns casos, houve uma mudança no padrão de aleitamento no período da passagem do aleitamento no seio para o aleitamento na mamadeira, como pode ser observado nas mães dos casos 4 e 5, quando, nas sessões seguintes a esse desmame do seio, amamentaram olhando, falando e tocando menos nos seus bebês. Podemos entender esse comportamento como uma medida defensiva por parte das mães no sentido de protegerem-se da perda do seio, nessa função de objeto da pulsão oral, e como uma tentativa de representação dessa perda na mudança da qualidade da interação durante o aleitamento por mamadeira.

Ainda com relação ao padrão de aleitamento, o fato dos bebês prematuros serem amamentados menos no seio restringe ainda mais suas possibilidades sensoriais de trocas interativas com a mãe já que, como demonstram Cernoch & Porter (1985) no seu estudo com recém-nascidos de duas semanas de idade, em aleitamento no peito, e outro grupo da mesma idade, em aleitamento por mamadeira, que aqueles aleitados ao peito tornam-se rapidamente mais capazes de reconhecer o cheiro da axila das suas mães, tornando-se, desta forma, familiarizados com a *assinatura olfativa* única das suas mães. As mães dos grupos de prematuros observados no presente estudo, especialmente as mães do caso 1 e do caso 3, tenderam a compensar essa restrição inicial imposta pela prematuridade e hospitalização dos seus filhos, prolongando o aleitamento no seio. No grupo de bebês nascidos a termo, apenas uma mãe, o caso 5, optou por um curto período de aleitamento no seio, tendo amamentado seu bebê apenas no primeiro mês de vida.

Dessa forma, nossos resultados não confirmam os resultados de alguns estudos, como, por exemplo, os achados de Bereczkei (2000) de que mães de bebês de alto risco encurtam a duração do tempo de aleitamento no seio e do intervalo entre partos, comparadas com mães de bebês com elevada expectativa de sobrevivência ou os resultados de Bereczkei, 1993; De Feto e Partin, 1993; Mann, 1992; Peacock, 1991; Plunkett, Meisels, Stiefel, Pasick, & Roloff, 1986, que encontraram relação entre a duração do aleitamento no peito e o peso ao nascimento, onde, crianças pesando menos de 2000 g ao nascimento foram amamentadas no peito por um período significativamente menor que crianças pesando 2000 g ou mais e, ainda,

que mães com educação secundária amamentaram no peito seus bebês mais tempo do que aquelas com menos de oito anos de educação escolar e que, porém, a tendência em diminuir o investimento no aleitamento como função do peso ao nascimento foi a mesma para os dois grupos de mulheres. Mas, em concordância com os nossos resultados, esses autores afirmam também que um grande número de mães (78,9%) alimentava simultaneamente seus bebês no peito e na mamadeira até certo ponto do desenvolvimento das crianças, e depois de interromper o aleitamento no seio, quase todas as mães (96%) continuaram a amamentar na mamadeira, não tendo sido encontrada nenhuma diferença significativa quando as mães de bebês de baixo peso ao nascimento (<2500 g) e de bebês com peso normal ao nascimento (> 2500 g) foram comparadas com relação ao período de aleitamento na mamadeira, antes da mudança para a alimentação sólida. Entretanto, a conclusão desses autores de que nenhum déficit no cuidado aos bebês de baixo peso parece ter procurado ser compensado com alimentação artificial, vai em sentido oposto a nossa, já que consideramos o prolongamento do aleitamento no seio como medida protetora e, por isso, almejado pelas mães de prematuros e não a alimentação artificial.

Além da teoria do apego, os conceitos psicanalíticos em muito clarearam nossas observações. Como os resultados do presente estudo apontam os fatores sociais do contexto das díades estudadas, assim como as idiosincrasias concernentes a subjetividade dos indivíduos observados, como relevantes para o esclarecimento da qualidade das interações das díades dos dois grupos estudados, os conceitos lacanianos que instrumentalizaram as observações contribuíram para destacar a importância do sentido dos dados coletados só poderem ser revelados focalizando-se as características individuais dos sujeitos envolvidos, com o zoom particularmente focado na relação mãe-bebê e não em cada membro dessa relação separadamente, pois, como diz Winnicott (1987) "*um bebê não existe sozinho, um bebê é essencialmente um dos termos de uma relação*" (p 24).

Assim, quando observamos nos padrões de comunicação entre as díades a presença da fala materna particularmente dirigida ao bebê (o mamanhês), podemos entender a fala materna, especialmente a prosódia, através desse aporte teórico, como desempenhando uma função lingüístico-discursiva desde os primeiros meses, marcando a constituição e o deslocamento de lugares discursivos entre mãe e bebê (Cavalcante, 2004b). E, já que é a linguagem como atividade constitutiva que confere qualidade às interações humanas, a observação das características da fala materna e dos padrões de comunicação entre as díades observadas é fundamental para entendermos os padrões de interação das díades estudadas.

Quanto a isso, nossos resultados demonstram que a fala materna no estilo manhês era utilizada mais freqüentemente na medida em que as mães se autorizavam um saber sobre os seus filhos, podendo desempenhar a função materna, o que resultava no aumento dos contatos envolvidos. Nas díades onde houve uma inicial vacilação da função materna, esta passou a se instaurar mais efetivamente a partir do primeiro mês dos bebês em casa e sempre com o uso por parte das mães do mamanhês. Porém, não foram encontradas diferenças significativas com relação ao padrão de comunicação entre o grupo de bebês prematuros e o grupo de bebês a termo.

Em algumas situações de comunicação entre a mãe e seu bebê, pudemos observar a presença da fala atribuída, o falar pelo filho, indicando uma atividade de identificação entre a mãe e o bebê. Observamos que as mães que se demonstraram inicialmente inseguras ou com a função materna pouco consistente, demoraram mais em apresentar a fala atribuída, sendo que esse comportamento não esteve associado a prematuridade dos bebês e sim à história de vida dessas mulheres, como as mães dos casos 4 e 6 que pertencem ao grupo dos bebês nascidos a termo. A associação desse atraso à história de vida das mães é entendida como dificuldades no processo identificatório com os seus bebês provenientes das suas identificações primordiais. Segundo Cavalcante (2004b), buscando criar sua identidade enquanto mãe, as mães precisam criar um processo especular de maneira a subjetivar o bebê, dessa forma, o sujeito busca se ver, aproximando-se do *discurso* do bebê ou das ações do bebê. Ou seja, segundo essa autora, ao significar os sinais do bebê, falando por ele, a mãe estaria significando a si própria. E é através da linguagem verbal, da língua, que se propicia tal constituição subjetiva.

Encontramos na observação dos padrões de comunicação mãe-bebê, o estabelecimento de diálogo entre a díade, o que esteve associado, mais uma vez, não necessariamente à condição de prematuridade, mas às possibilidades individuais das mães, enquanto sujeitos do desejo, desempenhar a função materna. Assim também, a configuração do diálogo entre a díade aparecia tanto mais cedo quanto mais prontamente as mães puderam desempenhar a função materna. Com relação ao estabelecimento de diálogo entre as díades mãe-bebê, Rubino (1989) afirma que para ocupar o papel de mãe, esta necessita criar manifestações de subjetividade por parte do bebê, o que faz com que o bebê torne-se para sua mãe um interlocutor representado através de um *pseudo-diálogo*: "*diálogo ilusório configurado pela ação interpretativa da mãe sobre o fluxo do comportamento espontâneo do bebê*" (p 10). Assim, é interessante considerarmos, juntamente com essa autora, que a instauração da especularidade materna, através do pseudo-diálogo, traz a possibilidade de configurar a relação mãe-bebê, desde o seu início como uma relação de constituição subjetiva.

Observamos ainda que as mães tendem a se dirigir aos seus bebês através de pequenas frases, sempre entrecortadas por pausas, como se *esperassem* nesse intervalo a resposta dos bebês. Cavalcante (2004b) considera as pausas como exercendo o papel fundamental de guardar o

lugar locutório do bebê, garantindo o próprio lugar de falante do bebê, através das pausas prolongadas e Ferreira (2004) entende que a alternância de lugares, mostrada pela seqüência de turnos de fala, indica a existência do par presença-ausência, desde o início do sistema de relações entre a mãe e seu bebê. A mãe está presente quando fala, mas se ausenta enquanto enunciadora quando é o bebê quem assume o turno de fala seguinte. A mãe também pode se ausentar quando destina sua fala a um terceiro e o bebê percebe que ele não é único destinatário de sua voz.

A respeito dos intervalos de presença-ausência materna, observados por nós inclusive na fala materna e nas pausas de sucção dos bebês, Maielo (2004) afirma que o ritmo tem a função de estruturação da dimensão temporal da experiência psíquica primária e a continuidade e a descontinuidade desempenham aí um papel essencial, desse modo, a voz materna percebida pelo bebê introduz um elemento de descontinuidade na tentativa que os bebês fazem de continuidade da experiência intra-uterina. A voz fala e se cala, é um objeto externo, desde a vida intra-uterina, que tem as mesmas características de impresibilidade e de incontabilidade que o seio após o nascimento. A alternância da presença e da ausência da voz como do seio não estará sempre em correspondência com as necessidades do bebê o que é essencial para a sua constituição psíquica, com a passagem da ordem da necessidade para a dimensão humana de sujeito desejante. Portanto, a observação dos padrões de comunicação mãe-bebê, com a presença ou não do uso do mamamês, da alternância presença-ausência nas mais diversas interações entre as díades, do estabelecimento ou não da fala atribuída e da organização ou não de um diálogo entre os pares, pode ser usado como indicador do processo de constituição psíquica, onde a presença desses indicadores aponta em direção à qualidade positiva da interação mãe-bebê e sua ausência revela dificuldades na interação.

Conclusões

Assim, encorajados pela riqueza da observação das interações entre as mães e seus bebês, e, principalmente, pelo potencial de revelações vislumbradas na observação desses relacionamentos, propomos que todas as possibilidades conclusivas a respeito dos resultados expostos devem levar em consideração a complexa natureza da relação risco-resiliência, especialmente quando os resultados reafirmam o efeito moderador dos fatores sociais e das características individuais dos sujeitos envolvidos sobre o risco biológico da prematuridade. Logo, nos parece essencial seguir a sugestão de Besky & Fearon (2002) e considerar a relação risco-resiliência particularmente para diferentes resultados.

Nossas conclusões estão apoiadas na literatura pesquisada e, nesse sentido, estudos têm observado que as interações entre os diversos fatores de risco e de proteção, e não a presença isolada de um determinado fator, influenciam de forma mais marcante o prognóstico do desenvolvimento infantil. A análise isolada de um fator de risco pode resultar em um modelo simplista que não leva em conta a complexa relação entre os mecanismos envolvidos no desenvolvimento infantil. Pesquisas a respeito do impacto dos fatores de risco sobre o

desenvolvimento infantil devem considerar as diversas influências biológicas, sociais e ambientais envolvidas nesse processo (Mancini, Megale, Brandão, Melo & Sampaio, 2004). No que se refere mais especificamente às crianças nascidas prematuramente, a qualidade da interação mãe-bebê pré-termo é fundamental para atenuar as dificuldades próprias dessa condição de vulnerabilidade da criança (Besky & Fearon, 2002).

Por outro lado, os estudos que investigam a relação entre condição de nascimento e cuidados maternos, se tomados como um conjunto, não são conclusivos, já que apresentam resultados contraditórios entre si. Assim, por exemplo, Robson & Cline (1998) afirmam que as mães, não necessariamente, dedicam menos cuidados aos bebês nascidos com retardo de crescimento intra-uterino e que mães americanas de crianças com baixo peso moderado (2500-1500 g) demonstraram aumentar os esforços na sua interação com os bebês, como uma estratégia compensatória contra a passividade da criança (Barratt, Roach & Leavitt, 1996; Crawford, 1982). Ao mesmo tempo, tem sido demonstrado que mães tendem a sorrir e a tocar menos essas crianças do que aquelas com peso normal ao nascimento (Goldberg, Perrotta, Minde & Corter, 1986; Minde, Whitelaw, Brow & Fitzhardinge, 1983). Nesse sentido, Eckerman, Hsu, Molitor, Leung & Goldstein, 1999; Minde, Perrotta & Marton, 1985, demonstram que crianças com peso ao nascimento menor que 1500 g recebem ainda menos cuidado materno em termos de atenção, estimulação, brincadeiras do que recebem os bebês nascidos com peso normal. Ao contrário, Barratt, Roach & Leavitt, 1996; Wasserman, Allen & Soloman, 1985, afirmam que, em geral, crianças de baixo risco eliciam mais responsividade e freqüências mais elevadas de comportamento de controle materno. Em desacordo com esses achados, De Fefo e Partin, 1993; Mann, 1992; Peacock, 1991; Plunkett, Meisels, Stiefel, Pasick, & Roloff concluíram que as mães investiram mais em seus bebês nascidos a termo e com peso normal, mesmo se eles apresentassem alguma doença e em contraste, mães de bebês de baixo peso ao nascimento (< 2500 g), amamentaram cinco semanas a mais seus bebês sem doenças do que aqueles que sofriam de alguma doença, não havendo diferença estatística entre crianças saudáveis ou doentes pesando 2000-2500 g ao nascimento.

Dessa forma, diante dos nossos resultados que apóiam alguns desses estudos, nossas conclusões a respeito da existência de especificidades na qualidade das interações mães-bebês prematuros enfatizam a relevância dos aspectos contextuais, históricos e subjetivos como determinantes enquanto fatores de proteção ou de risco para a qualidade da interação mãe-bebê. Portanto, apenas a condição de nascimento prematuro, separadamente do contexto e das possibilidades subjetiva dos indivíduos observados, não deve ser suficientemente conclusiva de risco, nem para o desenvolvimento infantil, nem para uma interação dificultada e nem, ainda, para o desenvolvimento de padrões de apego não seguros.

Assim, concordamos com Bordin & Jorge (2001) quando afirmam que a condição de baixo peso e prematuridade não deve ser analisada isoladamente a respeito de possíveis impactos sobre o desenvolvimento infantil. Devemos, então, considerar a condição de nascimento como um fator

operante de um sistema bastante complexo, no qual vários aspectos encontram-se inter-relacionados exercendo possíveis influências sobre o desenvolvimento infantil.

Avaliação e perspectivas

O presente estudo pode contribuir para conscientizar a comunidade de pesquisadores brasileiros para a necessidade de mais pesquisas sobre a qualidade das interações de crianças nascidas com baixo peso, já que a maioria desses estudos é conduzida em países desenvolvidos, numa outra realidade contextual. E, como as taxas de natalidade e mortalidade são fatores que podem afetar fortemente as expectativas frente a bebês prematuros e as representações sociais sobre mortalidade infantil, as diferenças culturais são relevantes para os resultados de investigações a respeito da condição prematura de nascimento. Portanto, se faz urgente a necessidade de estudos nacionais sobre esse tema.

A relevância desse estudo está relacionada ao fato de descrever padrões que podem ter um valor preditivo sobre o desenvolvimento do processo de apego. Constatamos que a observação longitudinal das interações iniciais revela mudanças de padrões, sendo a qualidade das interações iniciais significativa para o desenvolvimento do processo de apego. Devido ao seu caráter desenvolvimental, a abordagem longitudinal das observações foi sensível em captar algumas mudanças no padrão de interação mãe-bebê, como o fato de, a partir do primeiro mês em casa, as mães poderem desempenhar mais efetivamente a função materna com efeitos sobre o padrão de interação e o fato observado de que, por volta dos seis meses em casa, os dois grupos, de bebês nascidos pré-termo e de bebês prematuros, terem seus padrões de interação aproximados.

Porém, se por um lado, o período de seis meses de observação foi suficiente para captar algumas mudanças no padrão de interação, por outro lado, esse não foi um período suficientemente longo para perceber os resultados do processo de apego. Não tendo sido esse nosso objetivo, pudemos com esse estudo inicial entender os fatores que exercem influências relevantes na qualidade da interação mãe-bebê, tendo em vista uma ampliação futura do tempo de observação num estudo que acompanhe os resultados do processo de vinculação de apego e que possa abordar diferentes contextos, assim como, deter-se com mais proximidade nas expectativas e sentimentos maternos, já que o instrumento por nós utilizado mais diretamente nesse sentido – o questionário com as mães – foi pouco explorado.

Dessa forma, enquanto estudo inicial, os resultados apresentados podem servir de ponto de partida para trabalhos subseqüentes, que poderão adicionar informações e consolidar evidências e, inclusive, contribuir para contextualizar o estudo desse tema na realidade brasileira, já que essa tem sido uma falta apontada por alguns autores, como, por exemplo, Oliveira, Marcini, Lima & Gonçalves (2003).

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alegria, J. & Noirot, E. (1978) Neonate orientation behavior towards human voice. *Intenational Journal of Behavioral Development, 1(4), 291- 304*
- Ainsworth, M. D. (1962). The effects of material deprivation: a review of findings and controversy in the context of research strategy. Em *Deprivation of material care: a reassessment of its effects*. W.H.O. Public Health Papers, n° 14. Geneva: World Health Organization.
- Barnett, C. R., Leiderman, P. H., Grobstein, R., Klaus, M. H. (1970). Neonatal separations: the maternal side of interactional deprivation. *Pediatrics, 45, 197-205*.
- Bergamasco, N.H.P. & Beraldo, K.E.A.A (1990). Expressões Faciais de crianças recém-nascidas em resposta a estímulos gustativos. *Brazilian Journal of Medicine Bio Res. 23, 245-249*.
- Bortoletto-Dunker & Lordelo (1993). Um novo bebê: interpretações sobre competências. *Psicologia: Ciência e Profissão, 13, 10-15*.
- Bowlby, J. (1981). *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1984a). *Apego e perda: Apego*. Vol 1. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1984b). *Apego e perda: Separação*. Vol 2. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1989). Uma base segura: Implicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T.B. (1988). *O desenvolvimento do apego: Uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Brazelton, T.B. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brown, J. & Bakeman, R. (1980). Relationships of human mothers with their infants during the first year of life: effects of prematurity. Em Bell, R. W., e Smotherman, W. D., editores, *Maternal influence and early behavior*. Jamaica, N. I.: Spectrum Publications, Inc.
- Casiro, O. , Bingham, W., Macmurray, B. , Whitfield, M. , Saigal, S. , Vincer, M. , Longor, W. (1995). One year follow-up of 89 infants with birth weights of 500 to 749 grams and respiratory distress syndrome randomized to two rescue doses of synthetic surfactant or air placebo. *Jornal Pediatrics*, 126(5), 53-60
- Cernoch, J. & Porter, R.H. (1985). Recognition of Maternal Axillary Odors by Infants. *Child Development*, 56, 1593-1598.
- Chaudhari., Bhalerao M.R., Chitale A. , Pandit A. N. & Nene, U. (1999). Pune low birth weight study – a six year follow up. *Indian Pediatrics*, 36(7), 669-76.
- Condor, W. & Sander, L. (1975). Synchrony demonstrated between movements of the neonate and adult speech. *Child Development*, 45, 456-462.
- De Klerk, A. , Schulze, K. F. , Kashyap, S. , Sahni, R. , Fifer, W. & Myers, M. (1997). Diet and infant behavior. *Acta Paediatrica Suppl.* , 422, 65-68
- DeMaio Feldman, D. (1994). Somatosensory processing abilities of very low birth weight infants at school age. *American Journal Occupational Therapy*, 48(7), 639-45.
- Diniz, A. (2000). Método Canguru. Em *Manual de Atenção ao Recém-Nascido*. Bahia: Secretaria de Saúde.
- Diniz, A & Góes, C. (1999). Avaliação de questões relacionadas ao atendimento da equipe em uma unidade de cuidados intensivos neonatal sob a perspectiva dos pais após a alta. Em Wanderley, D. (org). *Agora eu era o rei*. Salvador: Álgama.

- DiVitto, B. & Goldberg, S. (1979). The development of early parent-infant interaction as a function of newborn medical status. Em Field, T., Sostek, A. , Goldeberg, S. & Shuman, H. H., editores. *Infant born at risk*. Jamaica, N. I.: Spectrum Publications, Inc.
- Field, T. M. (1977). Effects of early separation: interactive deficits and experimental manipulation. *Child Development* , 48, 763-771.
- Field, M. T. (1980). Interactions of high-risk infants: quantitative and qualitative differences. Em Sawin, D. B. , e col., editores. *Current perspectives on psychosocial risks during pregnancy and early infancy*. Nova Iorque: Brunner/Mazel, Inc.
- Field, T. M. (1990). Emotional factors in prenatal environment: a review. *Infant Mental Health Journal*, 11 (1), 57-65.
- Gonzalez, M.A, Dinerstein, A., Boccacio, C., Ascurra, G. & Larguia, M. (1996).
- Gottfried, A W. & Gaiter, J. L. (1985). *Infant Stress Under Intensive Care*. Baltimore: University Park Press.
- Harrison, H. (1993). The principies for family-centered neonatal care. *Pediatrics*, 92, 643- 670.
- Harrison, H. , Williams, A . K., Berbaum, M. L., Stem, J. T. & Leeper, J. (2000). Physiologic and behavioral effects of gentle human touch on preterm infants. *Res Nurs. Health*, 23(6), 435-446.]
- Isabela, R.A. & Belsky , J. (1991). Interaction synchrony and the origins of infant- mother attachment: A replication study. *Child Development*, 62, 373-384.
- Johnston, (1999). Do cry features reflect pain intensity in preterm neonates? A preliminary. *Bio. Neonate*, 76(2), 120-124.

- Kilbride, H. W. , Johnson, D. L. & Stressguth, A. P.(1977). Social class, birth order and newborn experience. *Child Development*, 48, 1686-1688.
- Klaus, M. & Klaus, P.(1989). *O Surpreendente Recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M. H. & Kennel, J.H. (1992). *Pais/Bebê: A Formação do Apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Larguia, A M. (1986). *Manejos Integrales en Neonatologia*. Buenos Aires: Ergon.
- Larguia, A M. (1994) Normatización de la atención neonatal en cuidados intermedios e *intensivos*. Bueno Aires : Fundación Neonatológica para o RN y su familia.
- Lordelo, E. R. (1995). Ambiente de desenvolvimento humano: uma reflexão a partir do *contexto creche*. Tese de Doutorado não-publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- Lordelo, E. R. , Fonseca, A .L & Araújo, M. L. (2000).Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13 (1), Porto Alegre.
- Maldonado, M.T. (1997). *Psicologia da Gravidez*. São Paulo: Saraiva.
- McCain, G. C. , Donovan, E. F. & Gartside, P. (1999). Preterm infant behavioral and heart rate responses to antenatal phenobarbicol. *Res. Nurs. Health*, 22(6), 461-70.
- Magnificat, S. , Dazord, A. , Langue, J. , Danjou, G. , Bauche, P. , Bovet, F., Cubells, J., Luchelli, R. , Tockert, E. & Conway, K (2000). Evaluation of the quality of life of infants and very young children: validation of a questionnaire. Multicenter European *Study. Arch Pediatric*, 7(6), 605-14 .
- Moura, M.L.S., Ribas, A, Seabra, K. & Ribas Junior, R.(1998). Relações Entre Concepções Acerca das Competências do Bebê Recém-Nascido e as Variáveis Gênero e Idade. Gramado. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

- Navelet, Ch F.(1990). Comment prevenir les risques de perturbation du developement relationnel des enfants prematures hospitalisés en service de réanimation.
Terceras
Jornadas de Clamart. Paris.
- Neu, M., Browne, J. V. & Vojir, C. (2000). The impact of two transfer techniques used during skin-to-skin care and behavioral responses of preterm infants. *Nurs. Res. Health, 49(4), 215-23*
- Paderson, Moran, Stiko, Campbell, Gesquire & Acton (1990)
- Rubin, (1973). Psychological and educational sequelae of *prematurity*. *Pediatrics, 52, 352-363*.
- Sansavini, A (1997). Neonatal Perception of the Rhythmical Structure of Speech: The Role of Stress Patterns. *Early Development and Parenting, 6 (1), 3-13*.
- Schaal, B., Herlting, B., Montagner, H. & Quichon, R. (1981). Existe-t-il une communication olfactive entre la mère et son enfant nouveau-né?
- Silva, O. (1995). Novo Manual de Follow-up do recém-nascido de alto risco. Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro.
- Szejer, M. (1999). A Escuta Psicanalítica de Bebês Em Maternidades. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Szejer, M & Stewart, R. (1997). Nove Meses Na Vida Da Mulher: Uma Abordagem Psicanalítica da Gravidez e do Nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vurpillot, E. (1972). Relations intersensorielles chez le nourrisson et développement ontogénétique. *Mesa Redonda*.
- Wendland-Carro, J. & Piccinini, C. A .(1995). Interação precoce mãe-bebê: perspectivas de intervenção para a promoção do desenvolvimento infantil. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 8, 11-144*.
- Zorze, C. (1993). *Los hijos de las máquinas*. Buenos Aires: Nueva Visión.

ANEXOS

ANEXO I – Termo de Consentimento Informado

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

PROJETO DE PESQUISA: OBSERVAÇÃO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO VÍNCULO DE APEGO EM RECÉM-NASCIDOS COM PESO ENTRE 1200 E 1500 GRAMAS, EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA, SSA-BA.

MESTRANDA: ANDRÉA DINIZ GONÇALVES.

ORIENTADORA: EULINA LORDELO.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Pelo presente documento declaro ter conhecimento dos objetivos e métodos deste estudo, conduzido pela mestrandia Andréa Diniz Gonçalves do Mestrado de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, conforme estão descritos na súmula que me foi entregue.

Estou informado(a) de que, se houver qualquer dúvida a respeito dos procedimentos que serão usados comigo e meu filho, terei total liberdade para questionar ou mesmo retirá-lo desta pesquisa quando assim julgar conveniente.

Meu consentimento está fundado na garantia de que a criança será respeitada em todos os sentidos, com destaque para os seguintes aspectos:

- a) A mãe e a criança serão observadas em casa durante a situação de banho da criança, respeitando seus hábitos cotidianos e não serão obrigados a realizar nenhuma atividade para a qual não se sintam dispostos e capazes;
- b) Os nomes da criança e da família não serão divulgados, todas as informações individuais têm caráter confidencial;
- c) A aplicação de entrevistas será programada de acordo com a conveniência da família e da criança, devendo ocorrer em horários que não prejudiquem os seus interesses e rotinas;

d) A pesquisadora está obrigada a fornecer, quando solicitada, as informações coletadas sobre a interação mãe-bebê e a indicar, se for o caso, a necessidade de uma assistência psicológica, sugerindo instituições que poderão prestar essa assistência.

Autorizo a nossa participação, a minha e a do meu filho(a), neste estudo, assim como uma eventual utilização de imagens coletadas para fins desta pesquisa.

A pesquisadora responsável por esta pesquisa é a psicóloga Andréa Diniz Gonçalves, que poderá ser contatada pelos telefones: 240-1713 ou 332-0272. Esta pesquisa é coordenada pela profª Dra. Eulina Lordelo: 245-9375

Salvador de de 200.....

Nome da criança: -----

Nome da mãe: -----

Assinatura: -----

ANEXO II

QUESTIONÁRIO COM A MÃE

Nome da criança -----

Data de nascimento ---- / ---- / -----

Nome da mãe -----

-

Data de nascimento ----/----/-----

Estado civil -----

Endereço -----

Data da entrevista ----/----/-----

1- Descreva o seu humor mais freqüente : -----

2- Descreva sua rotina com seu bebê : -----

3- Como tem sido ser mãe? -----

4- O que tem sido mais prazeroso? -----

5- O que tem sido mais difícil ? -----

6- Quais os progressos do bebê ? -----

7- Ele tem aprendido coisas novas? -----

7- Ele te reconhece? -----

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](#)