

Intervenções frente ao nascimento prematuro: uma revisão teórica

Interventions facing premature birth: a theoretical review

EVANISA H M DE BRUM*
LÍGIA SCHERMANN**

RESUMO

Objetivo: O presente artigo procura tecer considerações sobre intervenções com recém-nascidos prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, que vêm sendo consideradas positivas no campo da Saúde Coletiva.

Método: Revisão bibliográfica junto a Psychlit e consulta a livros textos.

Resultados e conclusões: Na saúde coletiva, a atenção aos cuidados da criança sofreu uma evolução histórica. Atualmente, observa-se uma preocupação não só em relação à criança, mas também em relação aos bebês que necessitam tratamento intensivo neonatal. Este interesse engloba tanto cuidados tecnológicos quanto o bem-estar psicobiológico e social do bebê. As intervenções com recém-nascidos prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal vêm sendo consideradas positivas no campo da Saúde Coletiva, tais como os procedimentos técnicos dos profissionais que atendem os prematuros, escalas utilizadas, o modelo *Touchpoints*, apoio e informação aos pais.

UNITERMOS: SAÚDE PÚBLICA; PREMATURO; UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL; CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

ABSTRACT

Objective: The present paper seeks to muse upon interventions with premature newborns staying at the Neonatal Intensive Care Unit, that have been considered positive in the field of public health.

Methods: Bibliographical review using Psychlit database and textbooks.

Results and conclusions: In public health, the attention to child's care underwent a historic evolution. Currently, we observe a concern not only with infants, but also with babies that need neonatal intensive treatment. This concern encompasses both technological care and the baby's psychobiological and social well-being. The interventions with premature newborns staying at the Neonatal Intensive Care Unit that have been considered positive in the field of public health, such as technical procedures by the health care providers that assist the premature babies, scales used, the *Touchpoints* model, support and information for the parents.

KEY WORDS: PUBLIC HEALTH; INFANT; PREMATURE; INTENSIVE CARE UNITS, NEONATAL; PRIMARY HEALTH CARE.

* Mestre em Saúde Mental Coletiva e Especialista em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil - ULBRA.

** Pós-Doutora em Psicologia, Uppsala Universitet, Suécia. Professora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do curso de Psicologia, Universidade Luterana do Brasil - ULBRA.

INTRODUÇÃO

Na área de atividade da saúde coletiva, a atenção aos cuidados da criança sofreu uma evolução significativa. Numa retrospectiva histórica, a qual inicia na era do Sanitarismo e chega à atualidade, percebemos que lentamente a doença mental foi reconhecida como tal e a infância percebida como uma importante etapa evolutiva a ser compreendida. Em anos recentes, retrocedemos no ciclo vital com a constatação da importância do período neonatal e o pós-natal, os quais passaram a ser considerados períodos sensíveis do desenvolvimento. As intervenções nestes períodos objetivam melhorar a saúde mental desde o começo da vida e mantê-la. Dentro desta concepção e da introdução do conceito de fator de risco, algumas populações passaram a ser consideradas de maior risco para o desenvolvimento, como os bebês prematuros que necessitam de tratamento intensivo neonatal. Realizar intervenções primárias precoces em saúde mental com bebês prematuros e seus cuidadores é uma ação de saúde que há poucos anos vem configurando-se como efetiva no campo da saúde coletiva.

BREVE RETROSPECTIVA HISTÓRICA DO CUIDADO INFANTIL

A partir de uma retrospectiva histórica, encontramos quatro períodos descritos por Costello e Angold⁽¹⁾ cujas relações das fases da saúde pública com a saúde mental da criança marcam algumas evoluções das intervenções nesta área. Na fase do *Sanitarismo* (antes de 1850), a única medida de saúde pública para lidar com as doenças, o que incluía a saúde mental, era o isolamento e o controle, ações que abarcavam manejos violentos e coerção. Desta forma, o tratamento para as crianças desabrigadas, "mal comportadas", como as agitadas, por exemplo, era realizado em orfanatos. Na fase seguinte, intitulada a *descoberta da bactéria* (1850-1950), surge a observação e a descrição cuidadosa do comportamento e do ambiente, objetivando definir e compreender a infância para melhor entender a saúde mental infantil. Para lidar com esta questão emergem três correntes distintas: psiquiatria tradicional, psicanálise e a psicologia do desenvolvimento. O tratamento para os transtornos mentais segue enfocando o controle, passando a abarcar também a cura. Na terceira fase, a *era comportamental* (1950-2000), surge o conceito de fator

de risco, o que conduz a uma grande mudança na saúde pública com o foco maior na prevenção de doenças. O tratamento inclui controle e cura e acrescenta-se a prevenção. Na fase atual, intitulada *Comunitária*, deparamo-nos com o sucesso limitado do trabalho em saúde mental, focalizado na mudança do comportamento individual. Desta forma, as intervenções atuais em saúde mental passam a ocorrer coletivamente nas comunidades e buscam melhorar a saúde da população.

O fracasso das intervenções em saúde mental, que até então eram realizadas individualmente, principalmente em termos de tratamento (prevenção secundária), faz com que as ações tenham que ser repensadas. Surge, então, a prevenção primária precoce e a promoção da saúde⁽²⁾, as quais passam a ser consideradas mais custo-efetivas⁽³⁾. Dentro desta concepção, os períodos neonatal e o pós-natal passam a ser considerados sensíveis para o desenvolvimento e intervenções, nestes períodos, passam a constar como prioridades nas recomendações políticas, objetivando melhorar a saúde mental desde o começo da vida e mantê-la^(4,5). Para tanto é necessário identificar os fatores de risco para resultados adversos e desenvolver intervenções para impedir e/ou minimizar tais efeitos^(1,2,3,4,6,7). A prematuridade^(5,8), a depressão e o estresse materno^(4,9,10), bem como a privação social⁽⁴⁾, são alguns dos fatores reconhecidos como adversos para o desenvolvimento.

Desta forma, a saúde psicológica precoce passa a ser a chave para um futuro desenvolvimento infantil saudável, acompanhada de intervenções primárias precoces para populações de risco ao desenvolvimento, as quais apresentam efeitos benéficos a longo prazo^(2,4). Dentro desta concepção, considera-se que muitos fatores modulam a formação da saúde psicológica precoce, como a influência do ambiente, dos cuidados primários e do apego seguro para um adequado desenvolvimento infantil^(2,4,6), sendo este último considerado um fator de proteção ao desenvolvimento^(3,4).

PREMATURIDADE COMO FATOR DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO

Dentre os recém-nascidos, encontramos populações com maior risco para desenvolverem dificuldades em suas interações com os pais, como ocorre nos casos de bebês nascidos prematuros.

Em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, a incidência da prematuridade passou de 8,2 dos nascidos vivos em 1999, para 10,8% dos nascidos vivos em 2003⁽¹¹⁾. Nos últimos 23 anos (de 1980 a 2003), os óbitos neonatais, em Porto Alegre, diminuíram de 20 para 7,45 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos⁽¹²⁾. Este panorama configura-se como uma realidade mundial^(13,14), o que nos coloca frente a uma transição epidemiológica no campo da Saúde Coletiva. Grimes e Schulz⁽¹⁵⁾ referem que o desenvolvimento da tecnologia da reprodução assistida também contribuiu para a epidemia internacional de nascimentos múltiplos, prematuridade e baixo peso.

Schermann⁽⁸⁾ refere que esta população tem sido considerada, por diversos autores, como em desvantagem para o estabelecimento de interações satisfatórias, mais predisposta a apresentar comportamento social menos competente devido à sua vulnerabilidade biológica. As mães dessas crianças, por sua vez, parecem apresentar menos sensibilidade aos sinais de seu bebê do que geralmente é encontrado em pares de crianças nascidas a termo e saudáveis. Mais recentemente, no entanto, resultados de pesquisas com estas crianças e suas mães têm demonstrado que estas díades possuem competência em seus comportamentos interativos, mesmo quando a criança necessita de tratamento intensivo neonatal. Estes resultados empíricos contraditórios deixam em aberto questões referentes ao impacto que as condições médicas perinatais causam na interação da mãe e do bebê, bem como no posterior desenvolvimento da criança. Desta forma, programas de intervenção específicos que trabalhem as relações vinculares precoces, buscando melhorá-las, tornam-se necessários para estes bebês e seus pais.

Muito tem sido escrito sobre o trauma emocional que ocorre com os pais que têm filhos nascidos prematuramente, a preparação emocional para a espera do bebê é abruptamente interrompida, sendo os pais também considerados tão prematuros quanto as crianças⁽¹⁶⁾. Nesta situação de nascimento prematuro, encontramos uma incidência maior de depressão materna, o que se constitui mais um fator de risco a se agregar ao já existente da prematuridade. Na literatura observada, a depressão e o estresse materno são sublinhados como presentes frente ao nascimento de risco^(9,10), tendo um impacto direto no desenvolvimento infantil. Crianças de mães deprimidas ou estressadas apresentam maior risco

para terem desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais, bem como maior risco para apresentarem alterações da atividade cerebral⁽⁴⁾. Esta associação de fatores de risco (prematuridade, baixo peso, depressão e estresse materno) coloca em relevo a magnitude de um problema de saúde pública.

Portanto, frente a esta associação de fatores de risco, somada a maior incidência da prematuridade e a sobrevivência destes bebês, no momento atual, a atenção passou a se centrar na qualidade da assistência para esta população, o que tem gerado inúmeros estudos sobre intervenções com bebês de risco.

INTERVENÇÕES COM PREMATUROS

Atualmente, as intervenções primárias precoces que incrementam um suporte para os pais e uma relação de responsabilidade na família da criança têm sido consideradas eficazes. Em geral, programas de intervenção com pais de bebês nascidos prematuros mostram resultados positivos, pois há evidências de que aspectos do ambiente, tanto físico quanto de cuidado, exercem um forte efeito na probabilidade do sucesso obtido em programas de saúde⁽¹⁷⁾.

Várias intervenções foram criadas a fim de auxiliar os pais a lidarem com a situação estressante de terem um bebê doente ou pequeno. Em algumas intervenções, há o envolvimento dos pais juntamente com o bebê, enquanto outras têm se dirigido ou aos pais, ou aos bebês^(16,17,18,19).

As intervenções com prematuros partem da premissa básica da necessidade de existir uma rede de apoio para estes pais. O nascimento, seja de um bebê a termo ou prematuro, é considerado um período sensível no desenvolvimento. Neste sentido, as intervenções podem ser designadas para facilitar o funcionamento do sistema familiar⁽²⁰⁾.

Sob tal aspecto, as intervenções que incrementam um suporte para os pais e uma relação de responsabilidade na família da criança são importantes, tendo enorme influência no desenvolvimento posterior destas crianças^(6,16,17,18,20,21). Bowlby, em 1951, em seu trabalho "Cuidados maternos e saúde mental", realizado para a Organização Mundial de Saúde, já alertava-nos sobre a imprescindível função da família para um adequado desenvolvimento infantil⁽²²⁾. Portanto, amparar as famílias que estão envolvidas nos

cuidados de bebês prematuros é criar uma rede de apoio imprescindível para que, por sua vez, estes bebês possam ser amparados.

Podemos considerar, assim, como uma importante intervenção diretamente relacionada ao bebê e ao vínculo pais-bebê a permissão da entrada dos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Nessa perspectiva, dois estudos foram fundamentais para que as portas das UTINs se abrissem aos pais e familiares. O primeiro realizado por Klaus et al.⁽²³⁾ objetivou avaliar a ameaça de infecções nos bebês internados em UTIN, para tanto foi permitido a 44 mães que entrassem na enfermaria logo após o nascimento do seus filhos para que pudessem pegá-los e alimentá-los. Os resultados não mostraram aumento em bactérias perigosas, mesmo com as visitas das mães. No outro estudo, realizado em 1982 por Klaus e Kennell⁽²⁴⁾, permitiu-se a um grupo de mães que entrassem nas UTIs para cuidar e ficar próximas de seus bebês. As crianças deste grupo tiveram um escore mais alto no teste de Stanford-Binet, que avalia o coeficiente intelectual (QI) dos bebês, quando comparadas com as crianças do grupo controle, no qual as mães não tiveram contato precoce com seus filhos. Após estas descobertas, inúmeras pesquisas passaram a ser realizadas enfocando a presença da mãe e do vínculo afetivo para a melhor recuperação dos bebês doentes internados em UTIN.

OS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DOS PROFISSIONAIS

Vários autores enfatizam a atenção que deve ser destinada à forma de realizar os procedimentos individuais com os bebês internados em uma UTIN. Referem ser possível reduzir as agressões físicas e sensoriais que os bebês sofrem durante os procedimentos necessários para sua sobrevivência, sugerindo que se deve ter cuidado com a luminosidade e a sonoridade do ambiente, devendo-se limitar e agrupar os cuidados dolorosos e respeitar o ritmo do bebê, suas necessidades de sono, sucção, de relação e de carinho^(16,25,26). Als⁽¹⁶⁾ e Andrade⁽²⁷⁾ acrescentam que se deve comunicar ao bebê e aos pais o valor e propósito de todos os procedimentos médicos, incluindo os problemas encontrados.

Field⁽⁵⁾, em seu estudo de revisão de intervenções com prematuros, aponta algumas formas de estimulação que se mostraram efetivas, entre

elas, cita a presença dos pais, a sucção não nutritiva, a estimulação tátil e a estimulação cines-tética.

Neste sentido, Als⁽¹⁶⁾ desenvolveu um método sensível de cuidado individualizado do bebê prematuro ou com baixo peso, com foco na família e no desenvolvimento. O método leva em consideração o que é observado do comportamento do bebê, como sendo disruptivo ou tranquilizador, durante qualquer intervenção de cuidado. A base para o planejamento do cuidado individualizado é formulada a partir das observações realizadas pela equipe da UTIN, juntamente com as informações fornecidas pelos pais sobre o bebê. Desta forma, os autores referem ser possível reduzir a necessidade de respirador, bem como os comportamentos de estresse e melhorar os comportamentos auto-regulatórios do bebê, tornando também os pais mais sensíveis às necessidades específicas de suas crianças, tanto durante o período de internação quanto após a alta. Klaus e Kennell⁽¹⁹⁾ também sugerem que a estimulação contingente (estimulação baseada nos sinais emitidos pelo bebê) pode ajudar no desenvolvimento favorável do bebê.

A introdução de modalidades sociais com o prematuro, tais como falar e tocar, e expressões faciais, como um olhar calmo e sem movimentos, enquanto diminuem-se os movimentos labiais e os movimentos do corpo, podem ser ótimos para manter o estado de alerta do bebê. Procurar falar enquanto se mantém olhando, fazendo mudanças simultâneas das entradas visuais e auditivas também pode ser efetivo. Por outro lado, uma vez percebendo que o bebê está perturbado, o tato pode ser uma ferramenta muito útil. Todavia, algumas crianças, aparentemente, não toleram nenhum contato quando estão tristes, e pode ser melhor deixá-las quietas⁽¹⁶⁾.

Outra forma de intervenção utilizada é baseada no método Esther Bick de observação, o qual é considerado um instrumento de guia para intervenções objetivando auxiliar os bebês prematuros em seu desenvolvimento. Neste método, o profissional de saúde observa o comportamento corporal do bebê e busca colocar, em palavras, o que vê, dando ao olhar uma função de escuta. Desta forma, o observador procura ocupar o lugar de continente das angústias e ansiedades primitivas, tendo a capacidade de colocá-las em palavras⁽²⁸⁾. Esta capacidade de atenção emitida para os bebês pela equipe acaba tendo

um efeito sobre os pais, sendo, portanto, a observação considerada terapêutica⁽²⁶⁾.

Portanto, como profissionais de saúde inseridos em uma UTIN, devemos desenvolver a capacidade de observar o bebê, decifrando e compreendendo sua comunicação corporal para guiar nossas ações em saúde.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO NEONATAL DE BRAZELTON

A Escala de Avaliação do Comportamento Neonatal de Brazelton (EACNB) possui também utilização terapêutica e vem sendo amplamente utilizada e testada como um modelo de intervenção junto aos recém-nascidos saudáveis e a termo, bem como junto aos bebês de risco^(26,29). A escala avalia motricidade, sensorialidade, atenção do bebê para o mundo exterior, seus estados de vigília e certos aspectos diretamente observáveis do funcionamento de seu sistema vegetativo. A avaliação é praticada com a participação ativa dos pais, visando à identificação das competências do bebê, assim como seu estilo de reações, objetiva ajudar os pais a observar e compreender seu filho como um parceiro ativo da interação, apresentando portanto potencial para desenvolver relações sociais. Guedeney e Lebovici⁽²⁶⁾ referem que desta forma a avaliação representa uma intervenção de potencial terapêutico, sendo suscetível de melhorar a qualidade da interação entre os pais e seu filho, podendo ajudar os pais a melhor situar-se em suas expectativas em relação ao desenvolvimento de seu bebê. Esta simples demonstração dos comportamentos de interação de bebês dá ao profissional uma chance de mostrar aos pais que todos os sistemas do bebê estão funcionando, pois a demonstração ao vivo tem se mostrado mais convincente do que palavras tranquilizadoras⁽¹⁹⁾.

Guedeney e Lebovici⁽²⁶⁾ referem que mesmo frente à crítica de alguns neuropediatras sobre certos aspectos ultrapassados, no plano estritamente neurológico da escala de Brazelton, os outros aspectos, não-neurológicos, mas comportamentais e interacionais, parecem, no conjunto, fazer da escala um instrumento muito útil nos planos avaliativo e terapêutico quando fatores de risco pesam sobre a instauração da relação mãe-recém-nascido, quer esses fatores se devam ao bebê, à mãe, ou aos dois parceiros.

O MODELO TOUCHPOINTS

O modelo *Touchpoints*, também criado por Brazelton em 1992⁽²⁰⁾, apresenta treze períodos nos quais ocorrem saltos no desenvolvimento da criança, durante os primeiros três anos de vida, os quais podem resultar em ruptura pronunciada no sistema familiar. Luthar e Cicchetti⁽³⁾ também pontuam que intervenções nos períodos de transição do desenvolvimento podem ser particularmente benéficas para populações de risco.

O modelo constitui-se como um mapa do desenvolvimento infantil, que pode ser utilizado tanto pelos pais como pelos profissionais de saúde para identificar em que ponto do desenvolvimento a criança encontra-se. Seu uso é importante, tanto para identificar e compreender o momento atual do desenvolvimento da criança como para prever em que fase a criança entrará, sendo, portanto, usado preventivamente para orientar intervenções. Em relação ao uso deste modelo para bebês prematuros, o autor refere que o ritmo dos *Touchpoints* pode ser um pouco lento, mas será ainda mais importante como uma oportunidade de apoiar estes pais ansiosos. Todos os pais beneficiam-se de informações sobre desenvolvimento infantil e este modelo pode formar a base para fornecer a seus filhos um ambiente sustentador⁽²⁰⁾.

APOIO E INFORMAÇÃO AOS PAIS

O apoio aos pais, na verdade, permeia todas as ações de saúde destinadas aos prematuros. Mas intervenções especificamente dirigidas aos pais, tanto individualmente como em grupo, vêm sendo realizadas nas enfermarias neonatais. O envolvimento com os pais ou com a família a partir do primeiro dia de hospitalização aparece como um ingrediente muito importante no suporte desenvolvimental da criança. Em relação ao apoio diário e contínuo, Guedeney e Lebovici⁽²⁶⁾ e Als⁽¹⁶⁾ afirmam que a equipe deve estar preparada para enfrentar questões repetitivas e angustiantes, informar mais corretamente, sem dramatizar, confrontar-se aos julgamentos e à agressividade dos pais e saber infundir confiança nos pais. Klaus e Kennell⁽¹⁹⁾ apontam que o papel central do profissional de saúde com os pais frente ao nascimento de um bebê prematuro e doente é apoiar a família em seus esforços.

Patteson e Barnard⁽³⁰⁾ em seu artigo de revisão sobre intervenção com pais de prematuros

citam dezenove estudos de intervenção que buscavam influenciar os resultados no comportamento e no desenvolvimento infantil, através de apoio e informações aos pais. Destes estudos dezesseis apresentaram resultados positivos. As intervenções para os pais nos dezenove estudos eram realizadas de distintas formas: no hospital individualmente ou em grupo, com ou sem seguimento em casa, ou somente em casa. Os autores referem que através da análise destes estudos encontraram evidências para dizer que prover suporte e informação aos pais de prematuros pode alterar positivamente o curso do desenvolvimento infantil.

Field⁽⁵⁾ também em seu estudo de revisão sobre intervenção com prematuros cita que intervenções sempre que possível devem envolver o treinamento dos pais, pois ampliar o conhecimento, as habilidades e as experiências dos pais tem se mostrado ser uma ação efetiva, não apenas na melhora do desenvolvimento infantil, mas também nas habilidades dos pais para exercer a paternalidade.

Entre as intervenções dirigidas aos pais, encontramos a prática de grupos de pais, a qual vem constituindo-se uma realidade nas maternidades e revelando-se efetiva. Neste sentido, os pesquisadores Jacobson e Frye⁽³¹⁾ designaram, aleatoriamente, 46 mães de classe social mais pobre a um grupo de controle ou a um grupo de apoio experimental. A intervenção ocorreu no período pré-natal e, depois, durante o primeiro ano após o parto. Esses bebês, aos 14 meses, foram avaliados quanto ao apego. Jacobson e Frye constataram que os bebês cujas mães eram parte do grupo de apoio estavam mais seguramente apegados do que aqueles cujas mães não receberam essa ajuda especial.

As intervenções com mães apresentam maior sucesso quando elas expressam maior necessidade de suporte. No estudo realizado por Affleck et al.⁽³²⁾, em uma amostra de crianças de alto risco, as mães com baixo suporte social eram mais resistentes à intervenção do que aquelas com altos níveis de suporte, estas mostraram-se mais aptas em seu processo de adaptação maternal quando avaliadas aos 6 meses de vida do bebê. Os autores referem que as mães com baixo suporte social não conseguiam fazer uso da ajuda oferecida.

Beckwith e Rodning⁽²¹⁾ também encontraram dados semelhantes em estudo com 91 famílias de crianças nascidas com idade gestacional menor

que 35 semanas, apresentando peso inferior a 2000 gramas, as quais foram designadas randomicamente para dois grupos. Um grupo recebeu serviços de intervenção e o outro não. Nos dois grupos, as mães foram classificadas em alto risco (mães de famílias instáveis e disfuncionais), portanto, com baixo suporte social, e mães de baixo risco (mães de famílias estáveis e funcionais), ou seja, com suporte social. As intervenções começaram na alta do hospital até a criança completar 13 meses, realizando a correção da idade gestacional. Após a alta, a intervenção consistia em visitas às casas das famílias, realizadas por dois profissionais, os quais tinham um foco duplo: suporte emocional para os pais e envolvê-los na observação e interpretação das necessidades e preferências de suas crianças, auxiliando-os a entenderem e responderem aos comportamentos das crianças como um parceiro social.

As avaliações das crianças foram realizadas em laboratório com a escala Bayley do desenvolvimento mental e também em relação ao apego. Na avaliação realizada 7 meses após o término das intervenções, as crianças do grupo de intervenção de mães de baixo risco, ou seja, com maior suporte social, apresentaram significativas diferenças na avaliação do Bayley e em relação ao apego. Este resultado mostra significativa relação entre intervenção e apego seguro.

A descoberta pontuada pelas duas pesquisas mencionadas coloca em pauta uma complexidade a ser pesquisada, pois as mães que apresentam maior necessidades de ajuda parecem ser aquelas que menos conseguem beneficiar-se destas intervenções de saúde.

Outra pesquisa sobre intervenção focalizando apoio e informações aos pais foi realizada por Wendland-Carro et al.⁽³³⁾. Os pesquisadores estudaram trinta e seis mães parturientes e seus recém-nascidos, examinando uma intervenção que busca influenciar a resposta sensível da mãe para o seu bebê. Um grupo experimental recebeu um programa de intervenção desenvolvido para incrementar a interação entre mãe-filho. Foi apresentado um vídeo com informações acerca das competências dos recém-nascidos para interação, motivando as mães a se envolverem e interagirem mais intensamente com seus filhos. Os pesquisadores procuraram focar a atenção da mãe para a importância da descoberta da individualidade da criança no tocante ao temperamento, à preferência para o contato físico e à reação ao ambiente. Um segundo grupo (controle) rece-

beu uma intervenção, também em forma de vídeo, com informações que davam ênfase à habilidade de cuidados básicos. Um mês após a alta, foi feita uma observação na casa dos bebês para avaliar a sincronia e a assincronia da interação entre mãe e filho. O grupo de intervenção mostrou uma frequência maior no tocante às ocorrências sincrônicas que envolviam as trocas vocais, observação dos parceiros e contato físico do que o grupo controle. Havia, também, nesse grupo, diferenças positivas na responsividade das mães para com o choro e a resposta involuntária da criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções citadas no presente artigo mostram que oferecer um trabalho de apoio contínuo aos pais, seja este realizado em grupo ou individualmente, somente no hospital ou com início no hospital e continuidade em visitas domiciliares, que enfoquem apoio e/ou informação, são ações capazes de fomentar a sensibilidade materna (capacidade da mãe de perceber, interpretar e responder adequadamente ao comportamento da criança), podendo auxiliar na formação de um apego seguro e, conseqüentemente, num desenvolvimento mais satisfatório. Também as questões referentes ao preparo dos profissionais para lidar com os prematuros e com as famílias, apoiando-os e ensinando-os sobre as capacidades de seus bebês, apresentam resultados positivos quando realizadas individualmente ou em grupos. Estes dados comprovam que se pode conseguir uma maior qualidade de vida tanto para o bebê quanto para sua família com intervenções simples em saúde.

Com as intervenções realizadas e testadas, citadas no presente artigo, pensa-se que existem dados e medidas suficientes, vindos de vários berçários, para nos possibilitar algumas recomendações. Entretanto, ao avaliarmos o valor potencial de qualquer intervenção, pode ser inapropriado generalizar todos os dados aqui contidos para uma população mais ampla.

A necessidade de intervenções primárias precoces destinadas a populações de risco para o desenvolvimento são apontadas como prioridade em ações de saúde pública^(1,2,3,4), assim como a importância de pesquisas para conhecer a efetividade e a eficácia destas intervenções^(3,6,7). Portanto, é de fundamental importância não apenas realizar intervenções, mas também avaliar sua efetividade e/ou eficácia.

Nosso foco como trabalhadores de saúde deve estar no desenvolvimento de um sistema em que os provedores de cuidados sejam preparados para pensar preventivamente. Como referem Brazelton e Greenspan⁽²⁰⁾, devemos oferecer as informações e as modelagens necessárias para os pais entenderem o desenvolvimento de seu(sua) filho(a). Desta forma, poderemos desempenhar um papel crucial para o sucesso do sistema familiar e minorar ou até mesmo prevenir o dano frente ao nascimento prematuro com intervenções adequadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costello EJ, Angold A. Developmental psychopathology and public health: past, present, and future. *Dev Psychopathol.* 2000;12:599-618.
2. Cowen E, Durlak J. Social policy and prevention in mental health. *Dev Psychopathol.* 2000;12:815-34.
3. Luthar S, Cicchetti D. The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Dev Psychopathol.* 2000;12:857-85.
4. Dawson G, Ashman S, Carver L. The role of early experience in shaping behavioral and brain development and its implications for social policy. *Dev Psychopathol.* 2000;12:695-712.
5. Field TM. Interventions for premature infants. *J Pediatr.* 1986;109:183-91.
6. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo.* Genebra: OMS; 2001.
7. World Health Organization. Setting the WHO agenda for mental health. *Bull World Health Organ.* 2000; 78:500-14.
8. Schermann L. Considerações sobre a interação mãe-criança e o nascimento pré-termo. *Temas Psicol SBP.* 2001;9:55-61.
9. Alfaya C, Schermann L. Depressão materna em mães de bebês recém-nascidos com tratamento intensivo neonatal. *Psico (Porto Alegre).* 2001;32:115-29.
10. Field T. The treatment of depressed mothers and their infants. In: Murray L, Cooper P, editors. *Postpartum depression and child development.* New York: Guilford; 1997. p.221-36.
11. SINASC/Sistema Nacional de Nascidos Vivos. Distribuição dos nascidos vivos residentes em Porto Alegre segundo variáveis relacionadas à gestação e parto e do recém nascido, Porto Alegre, RS, 1999-2003. [Dados preliminares ainda não publicados]. SINASC/EI/CGVS/SMS/PMPA; 2004.
12. SIM/Serviço de Informação sobre Mortalidade. Série histórica dos coeficientes de mortalidade neonatal, pós-neonatal e infantil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, 1980-2003. [Dados preliminares ainda não publicados]. SIM/EI/CGVS/SMS/PMPA; 2004.
13. Kleinman J. The epidemiology of low birthweight. In: Friedman SL, Sigman M, editors. *The psychological development of low birthweight children.* Norwood, N.J.: Ablex; 1992. p.25-35.
14. McCormick MC. Advances in neonatal intensive care technology and their possible impact on the

- development of low-birthweight infants. In: Friedman SL, Sigman M, editors. The psychological development of low birthweight children. Norwood, N.J.: Ablex; 1992. p.37-60.
15. Grimes DA, Schulz KF. Descriptive studies: what they can and cannot do. *Lancet*. 2002;359:145-9.
16. Als H. Individualized, family-focused developmental care for very low-birthweight preterm infant in the NICU. In: Friedman SL, Sigman M, editors. The psychological development of low birthweight children. Norwood, N.J.: Ablex; 1992. p.341-87.
17. Rauh V, Brennan J. An interactionist perspective on interventions with low-birthweight infants. In: Friedman SL, Sigman M, editors. The psychological development of low birthweight children. Norwood, N.J.: Ablex; 1992. p.435-70.
18. Brum EHM, Schermann L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9:457-67.
19. Klaus MH, Kennell J. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
20. Brazelton TB, Greenspan SI. As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
21. Beckwith L, Rodning C. Evaluating effects of intervention with parents of preterm infants. In: Friedman SL, Sigman M, editors. The psychological development of low birthweight children. Norwood, NJ: Ablex; 1992. p.389-409.
22. Bowlby J. Cuidados maternos e saúde mental. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
23. Klaus MH, Barnett CR, Leiderman PH, et al. Neonatal separation: the maternal side of interactional deprivation. *Pediatrics*. 1970;45:197-205.
24. Klaus MH, Kennell J. Parent-infant bonding. 2ª ed. St. Louis: Mosby; 1982.
25. Andrade MAG. Nascimento pré-termo e formação de laços afetivos. In: Corrêa Filho L, Corrêa ME, França OS, organizadores. Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: LGE; 2002. p.422-37.
26. Guedeney A, Lebovici S. Intervenções psicoterápicas pais/bebê. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
27. Andrade MAG. Considerações sobre o desenvolvimento psicoafetivo do bebê pré-termo. In: Corrêa Filho L, Corrêa ME, França OS, organizadores. Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: LGE; 2002. p.438-57.
28. Chahon VL. Observando bebês pelo método psicanalítico: delicada intimidade. In: Piccinini C, Moura M, Ribas A. et al. Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. *Psicol Reflex Crít*. 2001;14:469-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722001000300004&script=sci_arttext&tling%20t>. [tela 35].
29. Britt CG, Myers JB. Testing the effectiveness of NBAS intervention with a substance-using population. *Infant Ment Health J*. 1994;153:293-304.
30. Patten DRN, Barnard KE. Parenting of low birth weight infants: a review of issues and interventions. *Infant Ment Health J*. 1990;11:37-56.
31. Jacobson SW, Frye KF. Effect of maternal social support on attachment: experimental evidence. *Child Dev*. 1991;62:572-82.
32. Affleck G, Tennen H, Rowe J, et al. Effects of formal support on mothers' adaptation to the hospital-to-home transition of high-risk infants: the benefits and costs of helping. *Child Dev*. 1989;60:488-501.
33. Wendland-Carro J, Piccinini CA, Millar WS. The role of an early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction. *Child Dev*. 1999;70:713-21.

Endereço para correspondência:

EVANISA BRUM
Rua João Abott, 451, sala 204 - Petrópolis
CEP 90460-150, Porto Alegre, RS, Brasil
Telefones: (51) 3333-7820 e 9128-0886
E-mail: evanisa@brturbo.com.br