

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA

Vera Cristina Alexandre de Souza

**A INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL NA INTERAÇÃO
DA DÍADE MÃE-BEBÊ: um estudo longitudinal do pré-natal ao primeiro ano de vida**

Belo Horizonte

2020

Vera Cristina Alexandre de Souza

**A INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL NA INTERAÇÃO
DA DÍADE MÃE-BEBÊ: um estudo longitudinal do pré-natal ao primeiro ano de vida**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciência da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Erika Parlato-Oliveira

Co-orientadora: Profa. Dra. Lêni Márcia Anchieta

Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Belo Horizonte

2020

Souza, Vera Cristina Alexandre de.
SO729i A influência do diagnóstico pré-natal na interação da díade mãe-bebê [manuscrito]: um estudo longitudinal do pré-natal ao primeiro ano de vida. / Vera Cristina Alexandre de Souza. - - Belo Horizonte: 2020.
255f.: il.
Orientador (a): Erika Maria Parlatto de Oliveira.
Coorientador (a): Lêni Marcia Anchieta.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Linguagem Infantil. 2. Percepção da Fala. 3. Relações Materno-Fetais. 4. Diagnóstico Pré-Natal. 5. Cuidado Pós-Natal. 6. Lactente. 7. Estudos Longitudinais. 8. Tese acadêmica. I. Oliveira, Erika Maria Parlatto de. II. Anchieta, Lêni Maria. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WQ 209

Bibliotecária responsável: Fabiene Letícia Alves Furtado CRB-6/2745

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora: Profa. Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor: Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Fabio Alves da Silva Junior

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Mário Fernando Montenegro Campos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretora da Faculdade de Medicina: Profa. Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Profa. Eli Iola Gurgel Andrade

Chefe do Departamento de Pediatria: Profa. Maria do Carmo Barros de Melo

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente: Profa. Roberta Maia de Castro Romanelli

Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente: Profa. Débora Marques de Miranda

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente:

Profa. Ana Cristina Simões e Silva – Titular

Prof. Eduardo Araújo de Oliveira – Suplente

Prof. Jorge Andrade Pinto – Titular

Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira – Suplente

Profa. Helena Maria Gonçalves Becker – Titular

Profa. Ana Cristina Côrtes Gama – Suplente

Profa. Roberta Maia de Castro Romanelli – Titular

Profa. Luana Caroline dos Santos – Suplente

Profa. Juliana Gurgel – Titular

Profa. Ivani Novato Silva – Suplente

Profa. Débora Marques de Miranda – Titular

Prof. Leandro Fernandes Malloy Diniz – Suplente

Prof. Sérgio Veloso Brant Pinheiro – Titular

Prof. Cássio da Cunha Ibiapina – Suplente

Profa. Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana – Titular

Profa. Lêni Márcia Anchieta – Suplente

Ariene Silva do Carmo – Discente Titular

Elisângela Pessoa de Aguiar – Discente Suplente



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

UFMG

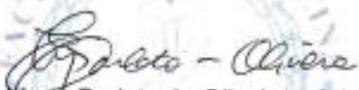
FOLHA DE APROVAÇÃO

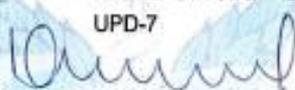
A INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL NA INTERAÇÃO DA DÍADE MÃE-BEBÊ: UM ESTUDO LONGITUDINAL DO PRÉ-NATAL AO PRIMEIRO ANO DE VIDA.

VERA CRISTINA ALEXANDRE DE SOUZA

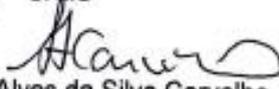
Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração em Ciências da Saúde.

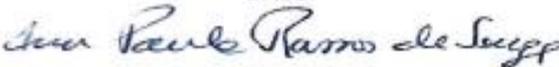
Aprovada em 29 de outubro de 2019, pela banca constituída pelos membros:

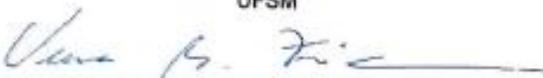

Prof.^a Erika Maria Parlatto de Oliveira - Orientadora
UPD-7


Prof.^a Lêni Márcia Anchieta - Coorientadora
UFMG


Prof. Henrique Vitor Leite
UFMG


Prof.^a Sirley Alves da Silva Carvalho
UFMG


Prof.^a Ana Paula Ramos de Souza
UFSM


Prof.^a Vera Blondina Zimmermann
UNIFESP

Belo Horizonte, 29 de outubro de 2019.

A todos que se dedicam aos bebês, com o objetivo de despertá-los a continuar no caminho da investigação, propiciando a cada passo a compreensão de uma parte deste universo.

AGRADECIMENTOS

Às crianças que tive a oportunidade de conviver, de uma maneira muito peculiar e sensível, que lhe é própria, é a força propulsora deste percurso.

Às mães e seus familiares por toda a dedicação, carinho e tempo disponibilizados.

À Profa. Dra. Erika Parlato-Oliveira, minha orientadora, em quem encontrei o alicerce essencial que tornou possível a concretização deste estudo e norteou todo este percurso com seu imensurável conhecimento e experiência de seu olhar diferenciado e sensível.

À Profa. Dra. Lêni Márcia Anchieta, minha co-orientadora que tive a imensa alegria de conhecer e a honra e gratidão de trabalhar ao seu lado. Um lindo sinônimo de Dedicação, Competência e Humanidade.

Ao Paulo Emílio, simplesmente por ser TUDO que representa, meu maior incentivo, muito obrigada pelo seu apoio incondicional e por sua capacidade inigualável de tornar tudo leve e precioso.

Aos meus filhos, meu maior tesouro e orgulho, meu infinito amor, cuidado e inspiração de querer sempre seguir adiante.

À Thyene, Ao Paulo Emílio (filho), Ao João Paulo e Ao Pedro Henrique, meus filhos e Ao Vinícius, que também considero como filho, por estarem sempre presentes dando suporte técnico e auxílio essencial nas traduções, elaboração de arte visual e compreensão da linguagem digital.

À equipe do Centro de Medicina Fetal, modelo de integração, dedicação e cuidado. Em especial ao Dr. Henrique Vítor Leite, Dra. Eura Martins Lage, Dra. Alamanda Kfoury Pereira, Dr. Gabriel Costa Osanan. Muito obrigada pela generosa acolhida e saibam que os anos de convívio semanal foram essenciais na compreensão do universo do feto e de seu entorno. Foram momentos de riquíssima troca de conhecimentos e satisfação de poder compartilhar o mesmo espaço físico e os diversos sentimentos e emoções que permeiam o pré-natal.

Ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, na pessoa do Prof. Dr. Mário Dias Correa Junior, por viabilizar e permitir mais esta troca de conhecimento.

Aos Membros Titulares que participaram de minha qualificação, Prof. Dr. Henrique Vitor Leite, Profa. Dra. Sirley Alves da Silva Carvalho e Profa. Dra. Márcia Gomes Penido Machado, minha gratidão pelas valiosas orientações que foram essenciais ao escopo deste estudo.

A todas as equipes e trabalhadores dos setores por onde precisei percorrer (Instituto Jenny de Andrade Faria, Hospital das Clínicas/UFMG, Pré-parto, Alojamento Conjunto, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade Canguru, Departamento de Fonoaudiologia e Faculdade de Medicina), muito obrigada pela paciência, atenção, apoio e suporte.

À Capes por financiar esta pesquisa, colaborando para a viabilidade e conclusão deste estudo.

Ao Fernando Henrique Pereira, pelo belíssimo trabalho com as análises estatísticas, principalmente por sua dedicação, ensinamento, compromisso e seriedade, conseguindo assim despertar meu entusiasmo e admiração pelo impacto das análises em todo o trabalho realizado.

Ao Prof. Dr. Alexei Manso Correa Machado que por meio de sua rica experiência, conhecimento e disponibilidade conseguiu concretizar as difíceis análises que este estudo exigiu.

Ao Gesner Franciso Xavier Junior, Bibliotecário, por exercer sua profissão com tanto carinho, hospitalidade, profissionalismo e ética.

À equipe do Babylab pelo empenho, compromisso e solidariedade na certeza que esta será só mais uma etapa concluída diante das muitas e muitas que virão...

Aos meus Amigos que participaram direta ou indiretamente deste estudo, são “Anjos”, “Flores”, difícil denominar, mas indubitavelmente ajudaram nesta intensa caminhada.

Aos meus pais e avós, laços transgeracionais, força motriz responsável por minha insaciável vontade de aprender, principalmente ao meu avô paterno Prof. José Paulo de Souza, “*in memoriam*”, ao qual dedico este trabalho e todos os outros, muito obrigada pelo seu exemplo e por suas palavras, quando eu ainda era uma criança (“Vovô”), que até hoje são vivas lembranças em meu pensamento.

Poesia de minha querida médica obstetra...

METAMORFOSE FETAL

Da união de dois núcleos,
Fez-se um.
Um ovo, totalmente novo.

Múltiplas células,
Inúmeras divisões.
Criou-se o embrião,
A terceira dimensão.

Ainda meio sem jeito,
Aos poucos foi tomando forma humana
Qual barro vivo amassado e modelado.

Ovo, feto, embrião.
Miniatura de gente
Que cabe na palma da minha mão.

E ganha movimento,
Vida, sexo, sentimento.
Nossa quarta dimensão.

Delicioso mistério materno
A vida não para.
A gestação é como um raio,
Legião de vários segundos.

E da dor e do respirar profundo
Logo nasce delicada e indefesa
Uma nova criança
Vinda de outros mundos.

Jovina Rulli Bovino¹

¹ Bovino JR. Contemplando o Tempo. São Paulo: Asas da Palavra; 2014.

RESUMO

Introdução: O presente estudo considera a influência dos acontecimentos do período pré-natal nas representações maternas e suas consequências na interação da díade mãe-bebê. **Objetivos:** O objetivo do estudo é investigar as interações entre a mãe e seu bebê. **Justificativa:** A interação mãe-bebê pode ter efeitos no desenvolvimento da criança e é passível de observação. Destacar e classificar quantitativamente e/ou qualitativamente as habilidades comunicativas é de extrema relevância para compreender o desenvolvimento infantil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, qualitativa, descritiva e longitudinal observacional do acompanhamento do desenvolvimento da interação da díade mãe-bebê desde a fase gestacional até o primeiro ano de vida do bebê. Participaram deste trabalho 50 díades (mãe-bebê) a partir do terceiro trimestre gestacional, divididas em dois grupos. Um grupo estudo composto por 25 gestantes com fetos com alguma anomalia estrutural, assistidas no Centro de Medicina Fetal /CEMEFE do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e um grupo controle com 25 gestantes com fetos sem anomalia estrutural pertencentes ao Serviço de Pré-Natal do Instituto Jenny de Andrade Faria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. O protocolo de estudo consiste na análise das situações de interações, ou seja, os sinais comunicativos da díade em três momentos distintos, com a utilização de um objeto/brinquedo, uma cantiga cantada pela mãe e apenas com o discurso materno. As principais ferramentas utilizadas neste estudo foram as seguintes: IRMAG, uma entrevista sobre as representações maternas; escala de ansiedade de Covi e escala de depressão de Raskin; protocolo Preaut; Questionário do Comportamento do Bebê – Revisado; e do “Coding Interactive Behavior” – CIB, um sistema de classificação global da interação pais-bebês que contém códigos de nível e escalas de classificação. O consentimento informado, por escrito, dos pais ou responsável legal pelas gestantes e crianças foi solicitado e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE: 548.79816.0.0000.5149). O estudo foi dividido em duas etapas: Etapa 1, fase pré-natal e Etapa 2, fase pós-natal. **Resultados:** Na Etapa 1 os grupos, estudo e controle, apresentaram diferença significativa quanto às escalas de ansiedade, de depressão e de ansiedade e depressão sendo que os escores foram atribuídos ao grupo estudo. Não houve diferença significativa entre os grupos quanto ao tipo de representação materna e momento interativo da díade mãe-bebê (fase pré-natal). Na Etapa 2 não houve diferença significativa com relação à aplicação do Protocolo “Preaut” e “Questionário do Comportamento do bebê-Revisado”. Houve diferença significativa entre os grupos para a análise da interação a partir do “CIB” nas etapas de seis meses com relação aos domínios envolvimento do bebê em diferentes situações (livre, objeto e cantiga); reciprocidade da díade (livre e objeto) e estados negativos da díade (livre e cantiga); com nove meses nos domínios envolvimento do bebê (livre), reciprocidade da díade (objeto e cantiga) e com relação às análises das situações agrupadas (livre+objeto+cantiga) os domínios com diferença significativa entre os grupos foram reciprocidade da díade, estados negativos da díade e retirada do bebê com seis meses; sensibilidade da mãe, envolvimento do bebê e reciprocidade da díade com nove meses e envolvimento do bebê com doze meses de idade. **Conclusão:** Os efeitos do diagnóstico pré-natal tornaram-se evidentes em algumas etapas do desenvolvimento provocando diferenças significativas. Estas diferenças entre os grupos revelaram que, a presença do diagnóstico pré-natal não comprometeu o tipo de representação materna e não teve efeito negativo na qualidade da interação mãe-bebê durante o primeiro ano de vida.

Palavras-chave: Desenvolvimento da linguagem. Díade. Percepção da fala. Lactente. Linguagem infantil.

ABSTRACT

Introduction: The present study considers the influence of the events of the prenatal period on maternal representations and their consequences on the interaction of the mother-baby dyad. **Objectives:** The study aims to look at the interactions between the mother and her baby. **Rationale:** The mother-baby interaction may have an effect on the child's development and such an effect is measured by observation. Highlighting and classifying quantitatively and/or qualitatively communicative abilities is extremely relevant to understanding the child's development. **Methodology:** This is a quantitative, qualitative, descriptive and longitudinal observational study of the development of the mother-baby dyad interaction from the gestational phase to the first year of the baby's life. The subjects are 50 dyads (mother-baby) from the third gestational trimester. They were divided into two groups: a study group of 25 pregnant women with ultrasound findings of fetal structural anomaly (assisted at CEMEFE – Fetal Medicine Center of the Clinics Hospital of the Federal University of Minas Gerais – UFMG) and a control group of 25 pregnant women with normal ultrasound findings (regularly assisted at the Prenatal Service of Jenny de Andrade Faria Institute of the Clinics Hospital of the Federal University of Minas Gerais – UFMG). The study protocol consists of the analysis of interaction situations, that is, the communicative signs of the dyad at three different moments, with the use of an object / toy, a song sung by the mother and only with the mother's speech. The main tools used in this study were (1) IRMAG, an interview about maternal representations, (2) Covi Anxiety Scale and Raskim Depression Rating Scale, (3) Preaut Protocol, (4) Infant Behavior Questionnaire – Revised, (5) Coding Interactive Behavior (CIB) Questionnaire, a parent-baby interaction classification system that includes level codes and classification scales. Written informed consent was requested from parents or legal guardians of the pregnant women and children. The research project was approved by the Research Ethics Committee of UFMG (CAAE number: 548.79816.0.0000.5149). **Results:** The study was divided into two stages: Stage 1, prenatal phase and Stage 2, postnatal phase. In Stage 1, the study group and the control group showed substantial differences regarding anxiety severity, depression severity and anxiety and depression severity scales. The severity scores were assigned to the study group. There was no considerable difference between the groups regarding the kind of maternal representations and the mother-baby dyad's interactive moment (prenatal phase). In Stage 2 there was not any fundamental difference regarding the use of Preaut Protocol or Infant Behavior Questionnaire-Revised. There were significant differences between the groups concerning the analysis of the interaction by "CIB" on the following stages: (1) six months, in regard to the baby's engagement in different situations (free, object and song), dyad's reciprocity (free and object) and dyad's negative states (free and song); (2) nine months, in regard to the baby's engagement (free) and dyad's reciprocity (object and song); as to the analysis of grouped situations (free + object + song), the differences between the groups were (a) dyad's reciprocity, dyad's negative states and baby withdrawal at six months, (b) mother's sensitiveness, baby's engagement and dyad's reciprocity at nine months and (c) baby's engagement at twelve months. **Conclusion:** The effects of prenatal diagnosis became evident in some stages of development, causing significant differences. These differences between the groups revealed that the presence of prenatal diagnosis did not compromise the type of maternal representation and had no negative effect on the quality of the mother-baby interaction during the first year of life.

Keywords: Language development. Dyad. Language perception. Infant. Child's language.

LISTA DE FIGURAS

Tese (Corpo do Texto)

Figura 1 – Locais de coleta.....	41
Figura 2 – Local de coleta <i>Babylab</i>	43
Figura 3 – Local de coleta Babylab - Planta da sala	43
Figura 4 – Local de coleta Babylab – Representação em 3D.....	44
Figura 5 – Representação da Etapa 1 e da Etapa 2	49
Figura 6 – CIB Relação dos Componentes	63
Figura 7 – Relação do número de díades acompanhadas por grupo.....	68

Artigo 1: Revisão de Literatura

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção de artigos.....	30
--	----

Artigo 3: Resultado e Discussão – Fase Pós-natal

Figura 1 – Local de coleta Babylab (sala: 291 do prédio da FM/UFMG).....	109
Figura 2 – CIB Relação dos Componentes	122
Figura 3 – Relação do número de díades acompanhadas por grupo.....	126

LISTA DE GRÁFICOS

Artigo 1: Revisão de Literatura

Gráfico 1 – Relação do número de artigos de acordo com o ano de publicação..... 31

Gráfico 2 – Relação do número de artigos publicados em cada país 31

Artigo 3: Resultado e Discussão – Fase Pós-natal

Gráfico 1 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo nos domínios agrupados aos 12 meses 130

Gráfico 2 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio livre aos 2 meses 133

Gráfico 3 - Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio livre aos 4 meses 134

Gráfico 4 - Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio livre aos 6 meses 134

Gráfico 5 - Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio livre aos 9 meses 135

Gráfico 6 - Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio livre aos 12 meses 135

Gráfico 7 - Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio cantiga aos 2 meses 137

Gráfico 8 - Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio cantiga aos 4 meses 138

Gráfico 9 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio cantiga aos 6 meses 138

Gráfico 10 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio cantiga aos 9 meses 139

Gráfico 11 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio cantiga aos 12 meses 139

Gráfico 12 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio objeto aos 2 meses 141

Gráfico 13 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio objeto aos 4 meses 142

Gráfico 14 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio objeto aos 6 meses 142

Gráfico 15 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio objeto aos 9 meses	143
Gráfico 16 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio objeto aos 12 meses	143
Gráfico 17 - Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo nos domínios agrupados aos 2 meses	146
Gráfico 18 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo nos domínios agrupados aos 4 meses	146
Gráfico 19 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo nos domínios agrupados aos 6 meses	147
Gráfico 20 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo nos domínios agrupados aos 9 meses	147
Gráfico 21 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo nos domínios agrupados aos 12 meses	148

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Representação de todos os instrumentos de análise Etapa 1.....	64
Quadro 2 – Representação de todos os instrumentos de análise da Etapa 2.....	64
Quadro 3 – Número de díades acompanhadas em cada etapa.....	68

Artigo 1: Revisão de Literatura

Quadro 1 – Descritores selecionados para compor o grupo interação.....	27
Quadro 2 – Descritores selecionados para compor o grupo relacionamento.....	28
Quadro 3 – Descritores selecionados para compor o grupo idade.....	28
Quadro 4 – Estratégia de busca utilizada BVS.....	29

Artigo 2: Resultado e Discussão – Fase Gestacional

Quadro 1 – Representação de todos os instrumentos de análise da fase Pré-Natal.....	81
---	----

Artigo 3: Resultado e Discussão – Fase Pós-natal

Quadro 1 – Representação de todos os instrumentos de análise da Etapa 2.....	123
--	-----

LISTA DE TABELAS

Artigo 2: Resultado e Discussão – Fase Gestacional

Tabela 1 – Resultado do sistema de codificação relativo a representações durante a gravidez das variáveis de representações de você mesmo como mãe	85
Tabela 2 – Resultados dos sistema de codificação relativo a representações durante a gravidez das variáveis de representações do feto	86
Tabela 3 – Representações maternas	87
Tabela 4 – Resultado Escala 1	87
Tabela 5 – Resultado Escala 2	88
Tabela 6 - Resultado Escala 3	88
Tabela 7 - Resultado Escala 4	89
Tabela 8 – Resultado Escala 4	89
Tabela 9 – Avaliação Áudio Mãe-Feto	90
Tabela 10 – Associação entre as Escalas nos grupos de estudo e controle	91
Tabela 11 – Associação entre as Escalas nos grupos de estudo e controle entre aquelas mães que tiveram Representações Integradas e Equilibradas (n=35).....	91
Tabela 12 - Associação entre as Escalas nos grupos de estudo e controle entre aquelas mães que tiveram Representações Reduzidas e Desinvestidas (n=13).....	92

Artigo 3: Resultado e Discussão – Fase Pós-natal

Tabela 1 – Associação entre a variável Preaut nos Grupos Estudo e Controle.....	128
Tabela 2 – Teste MANOVA entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis do Questionário sobre o Comportamento do Bebê-Revisado	129
Tabela 3 – Teste entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis Intromissão, Afeto e Reconhecimento aferidas nos recém-nascidos	131
Tabela 4 - Teste MANOVA entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis latentes Sensibilidade, Intrusividade, Limite, Envolvimento, Reciprocidade, Estados Negativos e Withdraw no Domínio Livre	132
Tabela 5 - Teste MANOVA entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis latentes Sensibilidade, Intrusividade, Limite, Envolvimento, Reciprocidade, Estados Negativos e Withdraw no Domínio Cantiga.....	136

Tabela 6 – Teste MANOVA entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis latentes Sensibilidade, Intrusividade, Limite, Envolvimento, Reciprocidade, Estados Negativos e Withdraw no Domínio Objeto	140
Tabela 7 - Teste MANOVA entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis Sensibilidade, Intrusividade, Limite, Envolvimento, Reciprocidade, Estados Negativos e Withdraw no Domínio agrupadas	144
Tabela 8 – Teste entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis Intromissão, Afeto e Reconhecimento aferidas nos recém-nascidos e CSS nos domínios Livre, Cantiga, Objeto e Agrupada	148
Tabela 9 – Teste entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis Conformidade, Condescendência ou Submissão (CCS) nos domínios Livre, Cantiga, Objeto e Agrupada. .	168

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Estrutura e organização da tese	22
2 OBJETIVOS	24
2.1 Objetivo geral	24
2.2 Objetivos específicos	24
3 REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1 Artigo 1: revisão de literatura	25
4 MÉTODOS	40
4.1 Descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística)	40
4.2 Participantes do estudo	44
4.3 Protocolo de coleta de dados	46
<i>4.3.1 Etapa 1: análise do período pré-natal</i>	<i>47</i>
<i>4.3.2 Etapa 2: a análise do período pós-natal</i>	<i>48</i>
<i>4.3.3 Material de coleta e análise</i>	<i>49</i>
<i>4.3.3.1 Etapa 1</i>	<i>49</i>
<i>4.3.3.2 Etapa 2</i>	<i>52</i>
<i>4.3.3.2.1 Teste de Triagem de Desenvolvimento Denver II (TTDD II) / Denver Developmental Screening Test II (Denver-II)</i>	<i>52</i>
<i>4.3.3.2.2 Protocolo adaptado para avaliação de crianças de 2 a 24 meses – Protocolo Gordo</i>	<i>52</i>
<i>4.3.3.2.3 Protocolo Preaut (Olliac et al.)</i>	<i>52</i>
<i>4.3.3.2.4 Infant Behavior Questionnaire</i>	<i>53</i>
<i>4.3.3.2.5 Vídeogravações de situações interativas da díade mãe-bebê</i>	<i>54</i>
<i>4.3.3.2.6 Coding Interactive Behavior</i>	<i>55</i>
<i>4.3.3.2.7 Dados secundários</i>	<i>63</i>
4.4 Cálculo Amostral	64
4.5 Análise Estatística	65
<i>4.5.1 Metodologia de Análise de Dados</i>	<i>65</i>
<i>4.5.1.1 Desfecho Primário</i>	<i>67</i>
4.6 Aspectos éticos	70
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
5.1 Artigo 2: resultados e discussão – fase gestacional	73
5.2 Artigo 3: resultados e discussão – fase pós-natal	104
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	178
REFERÊNCIAS	186
APÊNDICE A – TCLE	187
APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO PARA CAPTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGENS PESSOAIS	190
APÊNDICE C – CARTA DE AUTORIZAÇÃO À INSTITUIÇÃO /CEMEFE	191

APÊNDICE D – CARTA DE AUTORIZAÇÃO À INSTITUIÇÃO /PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL..... 192

ANEXO A – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	193
ANEXO B – DECLARAÇÃO - COEP/PESQUISA COM SERES HUMANOS/Gerência de Ensino e Pesquisa/HC-UFMG/ (ASSINATIRA: Márcia Pacheco da Mota).....	198
ANEXO C – UNIDADE FUNCIONAL GINECOLOGIA, OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA (ASSINATURAS: Prof. Mário D. C. Júnior-Coordenador Médico, Gerente: Denise de Fátima Torres/ 02.10.2015).....	199
ANEXO D – UNIDADE FUNCIONAL GINECOLOGIA, OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA (ASSINATURA: Profa. Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana/ 22.10.2015).....	200
ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA/ DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA (ASSINATURAS: Profa. Andréa Rodrigues Motta e Profa. Patrícia Cotta Mancini).....	201
ANEXO F – IRMAG – ENTREVISTA PARA AS REPRESENTAÇÕES MATERNAS DURANTE A GRAVIDEZ (VERSÃO EM PORTUGUÊS)	203
ANEXO G – ESCALA DE ANSIEDADE DE COVI.....	213
ANEXO H – ESCALA DE DEPRESSÃO DE RASKIN	215
ANEXO I – ESCALAS IRMAG - CINCO LISTAS DE ADJETIVOS COM BASE NO MODELO DIFERENCIAL SEMÂNTICO	217
ANEXO J – PROTOCOLO ADAPTADO PARA A AVALIAÇÃO DE CRIANÇAS DE 2 A 12 MESES (GORDO ET AL., 1994).....	222
ANEXO K – “TESTE DE TRIAGEM DE DESENVOLVIMENTO DENVER II” (TTDD II)	224
ANEXO L - PROCOLO PREAUT	226
ANEXO M – “QUESTIONÁRIO SOBRE O COMPORTAMENTO DO BEBÊ-REVISADO”	227
ANEXO N – IRMAG ANÁLISE	236
ANEXO O – IRMAG REPRESENTAÇÕES.....	247
ANEXO P – IRMAG ESCALAS (CINCO LISTAS DE ADJETIVOS COM BASE NO MODELO) DIFERENCIAL SEMÂNTICO	250

1 INTRODUÇÃO

Ao considerar a importância da interação mãe-bebê*² na constituição da linguagem constatamos a necessidade de estudos em etapas cada vez mais precoces. O período gestacional, muitas vezes, representa para a mulher um ciclo de vida extremamente intenso, durante o qual ela revive conflitos da infância, relações precoces, particularidades e identificações com sua mãe.¹ O impacto dos acontecimentos do período pré-natal nas representações maternas e conseqüentemente na relação da díade mãe-bebê merece atenção especial, principalmente quando se pretende analisar as habilidades comunicativas da criança. A avaliação das interações mãe-filho é um problema importante na psicopatologia perinatal por causa de seu impacto no desenvolvimento da criança de forma emocional e cognitiva.²

Diferentes áreas do conhecimento descrevem a interferência na constituição psíquica dos fatores endógenos e exógenos desde a vida intrauterina. Torna-se inegável então a importância das interações, ou seja, das experiências vividas nas relações com o outro. O interacionismo sugere a reflexão sobre uma teoria de subjetividade, pois são teorias complementares no entendimento da estruturação do sujeito e sua linguagem. A linguagem, como atividade discursiva, tem um papel muito anterior à sua função expressiva: um papel constitutivo – ela é força fundante, é condição para a significação e para o nascimento do sujeito.³⁻⁵

O presente estudo reconhece o processo de aquisição da linguagem tendo como foco a díade mãe-bebê dentro de uma visão interacionista da linguagem. Apresenta como base a visão dialético-discursiva do interacionismo enquanto teoria de aquisição da linguagem e na psicanálise enquanto teoria de subjetividade.

Neste contexto teórico é que se propõe estudar em um primeiro momento, no pré-natal, os efeitos e implicações dos achados ultrassonográficos (falso positivo e ou positivo para malformação) no estado emocional da mãe e nas suas representações maternas. Em um

* Neste estudo optou-se pela denominação “bebê” por considerar o aspecto semântico da palavra e por se tratar da denominação preferida na literatura atual pelos pesquisadores que se ocupam em estudar as primeiras relações e as questões psico emocionais nos primeiros meses de vida da fase gestacional.

Significado de “bebê”: substantivo masculino e feminino 1. Criança recém-nascida; criança de poucos meses de vida; neném. 2. [Por Extensão] Qualquer cria (filhote) de animal: a leoa teve seus bebês no zoológico. 3. [Figurado] Forma muito carinhosa e utilizada para tratar a pessoa que se ama. Etimologia (origem da palavra bebê). Do francês bébé. (be.bê).

Significado de “lactente”: substantivo masculino e feminino. 1. A criança que ainda mama, que se alimenta de leite materno ou de outro tipo de leite por meio de uma mamadeira. 2. [Por Extensão] O filhote de algum animal que ainda mama. Etimologia (origem da palavra lactente). Do latim *lactens, entis*.¹⁰

segundo momento será realizado, com essas mães, um estudo prospectivo de momentos de interação da díade mãe-bebê até o bebê completar um ano de idade.

Viaux *et al.*¹ em seus estudos com gestantes que tiveram em seus exames de imagem uma suposta malformação fetal constatou que posteriormente as futuras crianças encontravam-se em uma situação de risco de transtornos globais do desenvolvimento. A análise mostrou que elas tiveram como diagnóstico mais comum o distúrbio relacional como o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (DSM-IV).⁵

Em outro estudo verificou-se nas gestantes acompanhadas que há um impacto importante do diagnóstico e prognóstico do feto malformado, em seus relacionamentos familiares e sociais, suas percepções acerca do feto e do período gestacional, bem como em suas projeções acerca do parto e do futuro.⁶

Portanto, este estudo investiga as interações comunicativas da mãe com seu bebê em uma situação de maior fragilidade emocional. Acredita-se que os transtornos globais do desenvolvimento assim como mais especificamente os transtornos invasivos do desenvolvimento encontram maior vulnerabilidade em cenários como o contexto que se pretende analisar neste momento, portanto este estudo pretende contribuir para uma maior compreensão das habilidades comunicativas comprometidas e poderá favorecer subsídios clínicos preventivos e eficazes.

Em geral os pais constroem uma imagem mental de seu filho em gestação. Depois do nascimento ocorre o ajuste entre o retrato mental e o filho real, processo de luto da imagem e de assimilação da realidade, imprescindível para o desenvolvimento psicoafetivo do bebê.⁷

Com os avanços tecnológicos na área de exames pré-natais, especialmente na área de ultrassonografia, com imagens cada vez mais nítidas, a presença real do filho é cada vez mais cedo incorporada pelos pais e familiares. Tal fato suscita questões sobre a repercussão desses avanços no processo gestacional e nas etapas do apego e demanda estudos específicos.

O feto é constantemente estimulado pelos ruídos do corpo da mãe e por segmentos de ruídos externos. A capacidade auditiva fetal está bem fundamentada e descrita, sendo utilizadas até mesmo para o estabelecimento de perfis de reatividade no diagnóstico pré-natal. A partir de vinte quatro semanas, o feto está atento e responde de forma particular aos estímulos sonoros. Sons fortes provocam respostas em seus olhos, movimentos de sobressalto, acelerações do ritmo cardíaco. Sons de menor estimulação continuados e rítmicos (como o das palavras) levam à desaceleração cardíaca.⁸

Quanto ao sistema auditivo observa-se que:

O recém-nascido prefere o som ao silêncio, que entre os diferentes sons ele prefere a voz, entre as vozes, as vozes femininas, e entre elas a voz de sua mãe. Ele prefere também a língua falada por sua mãe a outras línguas, o que indica não somente que ele discrimina sons diferentes percebidos in útero, mas também que ele os reconhece como sendo semelhantes àqueles que ele escuta após o nascimento. Isto revela uma continuidade transnatal de capacidades auditivas, o feto memoriza e se habitua aos sons mais familiares, que passam a serem os seus preferidos após o nascimento.⁸

Considerando o exposto, este estudo pretende responder duas questões principais:

- mães e bebês com quadro de malformação apresentam maior vulnerabilidade para interação comunicativa?
- a maior compreensão, a observação e a codificação do desenvolvimento do comportamento interativo mãe-bebê revela sinais e sintomas e, conseqüentemente, condutas e situações favoráveis à intervenção?

A justificativa deste estudo leva em conta a análise da interação comunicativa da díade mãe-bebê em uma situação de maior vulnerabilidade materna como a presença de um diagnóstico ou até mesmo a suspeita de uma malformação já foi demonstrado na literatura estrangeira.

No entanto, cada estudo possui particularidades de acordo com a população alvo, conforme sua história, costumes e cultura. A realidade de um povo precisa ser perscrutada antes de qualquer proposta de intervenção. Somente por meio de sua padronização e contextualização terá aplicabilidade. Vários estudos contextualizados de um mesmo objeto reforçam seus achados e se complementam. Parlato-Oliveira⁹ em Anomalias menores e bom prognóstico, o impacto nas representações maternas e na prosódia da voz da mãe reforça a importância deste tema. Assim a sua investigação na população brasileira configura uma de suas relevâncias.

O presente estudo pressupõe que os acontecimentos do período pré-natal merece atenção especial e com base no modelo adotado na literatura estrangeira, pretende ir além, investigar a interação comunicativa da mãe com o feto, ou seja, ainda na fase gestacional e posteriormente o desenvolvimento interativo do bebê até o seu primeiro ano de vida.

Desta forma a importância deste estudo, a partir da identificação e análise de dados sobre o desenvolvimento das habilidades comunicativas da criança, possibilita a inserção de condutas de avaliação, prevenção e intervenção na puericultura.

1.1 Estrutura e organização da tese

Esta tese é apresentada em duas partes e está de acordo com os critérios do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A primeira parte compreende a introdução, objetivos da tese, seguida dos métodos utilizados neste estudo. A segunda parte é constituída pelos resultados e discussão, que serão apresentados sob a forma de artigos científicos, além das considerações finais e apêndices/anexos.

O primeiro artigo é a Revisão Sistemática da Literatura: *A influência do diagnóstico pré-natal na interação da díade mãe-bebê: Revisão de Literatura*. O segundo e terceiro artigos apresentam o estudo completo, que deu origem a dois artigos, sendo que o segundo artigo descreve a Etapa 1 ou Fase Pré-Natal: *A influência do diagnóstico pré-natal na interação da díade mãe-bebê: Fase gestacional* e o terceiro artigo descreve a Etapa 2 ou Fase Pós-Natal: *A influência do diagnóstico pré-natal na interação da díade mãe-bebê: Fase pós-natal*.

REFERÊNCIAS

1. Viaux-Savelon S, Dommergues M, Rosenblum O, Bodeau N, Aidane E, Philippon O, Mazet P, Vibert-Guigue C, Vauthier-Brouzes D, Feldman R, Cohen D. Prenatal Ultrasound Screening: False Positive Soft Markers May Alter Maternal Representations and Mother-Infant Interaction. PLoS ONE. 2012. 7(1): e3093.
2. Viaux-Savelon S, Leclere C, Aidane E, Bodeau N, Camon-Senechal L, Vatageot S, Feldman R, Cohen D. Validation de la version française du Coding Interactive Behavior sur une population d'enfants à la naissance et à 2 mois. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2013. 62(1). Doi : 10.1016/j.neurenf.2013.11.010.
3. Lier-Devitto MF, Arantes L. Aquisição, patologias e clínica de linguagem. São Paulo: EDUC, FAPESP; 2006.
4. Cordeiro DT. Da inclusão dos pais no atendimento fonoaudiológico de crianças com sintomas de linguagem: o que diz a literatura. [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Mestrado em Fonoaudiologia, 2000.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
6. Marini FC. Reações maternas diante de uma gestação complicada por uma anomalia fetal grave. [Dissertação.] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; Hospital das Clínicas; 2008.
7. Quayle J. Parentalidade e medicina fetal: repercussões emocionais. In: Zugaib M, Brizot V, Bunduki DP. Medicina fetal. São Paulo: Atheneu; 1997. p. 1-32.

8. Busnel Marie-Claire, Heron Anne. O desenvolvimento da sensorialidade fetal. In: Laznik Marie Christina, Cohen David, organizadores. Parlato-Oliveira E, et al, tradutora. O bebê e seus interpretes: clínica e pesquisa. São Paulo: Instituto Langage; 2011.
9. Parlato-Oliveira E. Da relação binária ao jogo ternário: uma análise de um bebê e sua mãe. In: Busnel MC, Melgaço RG, organizadores. O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê. São Paulo: Instituto Langage; 2013. p. 201-208.
10. Geiger P. Novíssimo Aulete: Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa. São Paulo: Lexikon; 2019.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a influência do diagnóstico pré-natal nas representações maternas e no desenvolvimento da interação da díade mãe-bebê até o primeiro ano de vida.

2.2 Objetivos específicos

- Comparar a Representação Materna entre os grupos estudo e controle;
- Comparar as características que a gestante atribui ao futuro bebê, a si própria como pessoa e como mãe, ao pai do bebê e a avó materna do bebê entre os grupos;
- Analisar um momento de interação da díade mãe-bebê (fase fetal) em uma situação livre;
- Correlacionar o grau de ansiedade da gestante entre os grupos estudo e controle;
- Correlacionar o grau de depressão da gestante entre os grupos estudo e controle;
- Descrever a interação mãe-bebê em diferentes situações e etapas do desenvolvimento infantil;
- Comparar a análise da interação dos dois grupos;
- Avaliar a capacidade do bebê em iniciar espontaneamente em interações;
- Comparar a capacidade do bebê em iniciar espontaneamente interações nos dois grupos;
- Analisar o comportamento do bebê com nove meses de idade e comparar entre os dois grupos;
- Reconhecer os recursos comunicativos do bebê;
- Comparar os recursos comunicativos utilizados pelas díades;
- Identificar os sinais sugestivos de comprometimento da interação da díade mãe-bebê.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Artigo 1: revisão de literatura

Os efeitos do diagnóstico pré-natal: revisão de literatura

Resumo

Objetivo: Analisar a literatura científica a respeito dos efeitos do diagnóstico na fase gestacional na interação da díade mãe-bebê. **Métodos:** Foi realizada revisão sistemática da literatura nacional e internacional. Foi consultada a base de dados BVS (711 estudos) dentre eles, 603 artigos da plataforma MEDLINE e 58 artigos da LILACS. Foram incluídos estudos que apresentassem dados referentes a crianças de 0 a 12 meses de idade e que continham como assunto principal a interação (relação) da díade mãe-bebê. Para a análise foram considerados os seguintes marcadores: local do estudo, tipo de estudo, delineamento, características da amostra, os instrumentos utilizados para observação da interação da díade mãe-bebê e os principais resultados e conclusão. Todas as etapas do estudo foram conduzidas de forma independente pelos pesquisadores, com decisão consensual em caso de discordância. **Resultados:** Foram encontrados de acordo com todos os descritores 152 estudos sobre a interação mãe-bebê na faixa etária fetal (gravidez), recém-nascido e lactente. Destes, 63 foram idealizados para aplicação no primeiro ano de vida e confirmam a importância das análises sobre os aspectos que podem favorecer ou comprometer a interação da díade mãe-bebê e/ou as primeiras relações e desenvolvimento do lactente. **Conclusão:** Os estudos que se dedicaram ao assunto principal do tema desta revisão reforçam que há fatores capazes de compensar e favorecer as habilidades comunicativas e o neurodesenvolvimento do bebê, considerando o efeito adverso, proporcional à intensidade dos riscos, na relação da díade mãe-bebê e consequentemente no desenvolvimento do bebê. Portanto, a literatura confirma a importância do cuidado primordial com o desenvolvimento infantil e propõe, como estratégia, a necessidade de intervenções iniciais que se concentram na díade mãe-filho, reconhecendo a vulnerabilidade da mãe diante de muitas situações de risco, como os quadros de ansiedade e depressão maternas, situações socioeconômicas e sócio-demográficas.

Palavras-chave: Díade. Desenvolvimento da linguagem. Percepção da fala. Lactente. Diagnóstico gestacional.

INTRODUÇÃO

O bebê fará suas primeiras aquisições e receberá influências no ambiente familiar, desde o período gestacional. A família é vista como o primeiro núcleo social e o principal vínculo da criança, exercendo papel fundamental em seu crescimento e desenvolvimento, à medida que propicia um ambiente que favoreça as interações e relações desde a gravidez, principalmente durante o último trimestre, que é uma etapa na qual se observam momentos de

“conversas” entre mãe e feto.¹ Esta comunicação da mãe para com seu feto é importante enquanto estruturante das representações que ela tem sobre seu futuro bebê.

Este estudo pretende investigar na literatura o impacto das representações maternas na interação com o feto e posteriormente o desenvolvimento interativo do bebê até o primeiro ano de vida ou doze meses de idade corrigida nos casos de prematuridade.

Espera-se encontrar nos estudos revisados a relação entre as habilidades comunicativas do bebê na interação com a mãe, se há ou não efeitos decorrentes de um período de maior vulnerabilidade materna, ou seja, vínculo mãe-bebê fragilizado, gestantes com fetos malformados e as habilidades comunicativas observadas em vínculos mãe-bebê mais fortalecidos.

No processo de interação, adulto e criança são parceiros e as relações familiares têm papel fundamental para a aquisição da linguagem pela criança, pois, ao dedicar seu olhar e escuta para a criança, o cuidador, convoca-a para um lugar enunciativo, considera-a como interlocutor. Ao interpretar suas manifestações, sejam verbais ou não-verbais, reconhece a autoria da produção infantil e engendra o lugar de um eu para a criança.²⁻⁴

Muitos pesquisadores têm se dedicado a pesquisar o estabelecimento das interações dos bebês com as outras pessoas.^{5,6} É na relação com os pais que o bebê tem estabelecido os fundamentos do seu desenvolvimento bio-psíquico-social. O “manhês”, “nome dado a forma melódica que o adulto que faz função materna dirige-se ao bebê espontaneamente” e o motiva a comunicar-se.⁷⁻⁹

Pretende-se neste momento ressaltar as pesquisas que abordam o tipo de interação da díade mãe-bebê e seu impacto, positivo ou negativo, no desenvolvimento do bebê, bem como os fatores que podem interferir nesta relação no primeiro ano de vida. Este estudo almejou identificar os instrumentos presentes na literatura capazes de identificar e salientar os sinais que descrevem estas interações, assim como as habilidades comunicativas do bebê presentes desde muito cedo.

Portanto este estudo tem como objetivo analisar sistematicamente a literatura científica acerca da influência do diagnóstico pré-natal na interação da díade mãe-bebê.

MÉTODOS

Estratégia de pesquisa

Para atingir o objetivo proposto realizou-se uma revisão de literatura sistemática, baseada na literatura nacional e internacional, em que buscou os descritores correspondentes ao estudo, cujo tema: *A Influência do Diagnóstico Pré-Natal na Interação da Díade Mãe-Bebê no Primeiro Ano de Vida.*

A revisão foi estruturada seguindo as seguintes etapas:

- a) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa: estabelecimento dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e dos termos do *Medical Subject Headings* (MeSH) da *National Library of Medicine*, que foram combinados entre si com na BVS com a utilização dos operadores booleanos AND e OR. A busca bibliográfica final foi realizada a partir do cruzamento dos dados da busca bibliográfica de três grupos: Interação, Relacionamento e Idade;
- b) definição dos critérios para inclusão e exclusão de estudos: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados;
- c) categorização dos estudos: avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Grupo interação

Quadro 1 – Descritores selecionados para compor o grupo interação

((tw:("Relações Interpessoais" OR "Relaciones Interpersonales" OR "Interação Interpessoal" OR "Interações Interpessoais" OR "Relações de Gênero" OR "Relações entre os Gêneros" OR "Interação Social" OR "Atração Interpessoal" OR "Relacionamento Interpessoal" OR "Interacción Interpersonal" OR "Interacciones Interpersonales" OR "Relaciones de Género" OR "Relaciones entre los Géneros" OR "Interacción Social" OR "Atracción Interpersonal" OR "Linguagem Infantil" OR "Lenguaje Infantil" OR "Linguagem da Criança" OR "Lenguaje del Niño" OR "Desenvolvimento da Linguagem" OR "Desarrollo del Lenguaje" OR "Interação comunicativa" OR "Interacción comunicativa" OR "Interpersonal Relations" OR "Gender Issues" OR "Husband-Wife Communication" OR "Partner Communication" OR "Relations, Gender" OR "Communication, Husband-Wife" OR "Communication, Partner" OR "Communications, Husband-Wife" OR "Communications, Partner" OR "Gender Issue" OR "Gender Relation" OR "Husband Wife Communication" OR "Husband-Wife Communications" OR "Interaction, Social" OR "Interactions, Social" OR "Interpersonal Relation" OR "Issue, Gender" OR "Issues, Gender" OR "Partner Communications" OR "Relation, Gender" OR "Relation, Interpersonal" OR "Relations, Interpersonal" OR "Social Interactions" OR "Gender Relations" OR "Social Interaction" OR "Interpersonal Attraction" OR "Child Language" OR "Child Languages" OR "Language, Child" OR "Languages, Child" OR "Language Development" OR "Communicative interaction"))))

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Grupo relacionamento

Quadro 2 – Descritores selecionados para compor o grupo relacionamento

((tw:("Relações Mãe-Filho" OR "Relaciones Madre-Hijo" OR "Interação Mãe-Criança" OR "Interação Mãe-Filho" OR "Relação Filho-Mãe" OR "Relação Mãe-Filho" OR "Relação Materno-Filial" OR "Relacionamento Mãe-Filho" OR "Relacionamento Filho-Mãe" OR "Relacionamento Materno-Filial" OR "Relações Filho-Mãe" OR "Relações Criança-Mãe" OR "Relações Mãe-Criança" OR "Relações Materno-Filiais" OR "Interacción Madre-Niño" OR "Interacción Madre-Hijo" OR "Relación Hijo-Madre" OR "Relación Madre-Hijo" OR "Relación Materno-Filial" OR "Relacionamiento Madre-Hijo" OR "Relacionamiento Hijo-Madre" OR "Relacionamiento Materno-Filial" OR "Relaciones Hijo-Madre" OR "Relaciones Niño-Madre" OR "Relaciones Madre-Niño" OR "Relaciones Materno-Filiales" OR "Mother-Child Relations" OR "Mother-Child Interaction" OR "Mother-Child Relationship" OR "Mother-Infant Interaction" OR "Mother-Infant Relations" OR "Interaction, Mother-Child" OR "Interaction, Mother-Infant" OR "Interactions, Mother-Child" OR "Interactions, Mother-Infant" OR "Mother Child Interaction" OR "Mother Child Relations" OR "Mother Child Relationship" OR "Mother Infant Interaction" OR "Mother Infant Relations" OR "Mother-Child Interactions" OR "Mother-Child Relation" OR "Mother-Child Relationships" OR "Mother-Infant Interactions" OR "Mother-Infant Relation" OR "Relation, Mother-Child" OR "Relation, Mother-Infant" OR "Relations, Mother-Child" OR "Relations, Mother-Infant" OR "Relationship, Mother-Child" OR "Relationships, Mother-Child"))))

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Grupo idade

Quadro 3 – Descritores selecionados para compor o grupo idade

((tw:(Feto OR "Estruturas Fetais" OR Nascituro OR Nasciturno OR "Estructuras Fetales" OR Fetus OR "Fetal Tissue" OR Fetuses OR "Mummified Fetus" OR "Retained Fetus" OR "Fetal Structure" OR "Fetal Tissues" OR "Fetus, Mummified" OR "Fetus, Retained" OR "Structure, Fetal" OR "Structures, Fetal" OR "Tissue, Fetal" OR "Tissues, Fetal" OR "Fetal Structures"))))

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Crítérios de seleção

Os artigos foram selecionados por meio da base de dados BVS que incluiu 603 artigos da MEDLINE e 58 artigos da LILACS. Foram incluídos somente artigos de língua inglesa, portuguesa, espanhola, francesa e italiana publicados nos últimos dez anos. Utilizou-se a seguinte equação de busca:

Quadro 4 – Estratégia de busca utilizada BVS

```

((((tw:("Relações Interpessoais" OR "Relaciones Interpersonales" OR "Interação Interpessoal" OR "Interações Interpessoais" OR "Relações de Gênero" OR "Relações entre os Gêneros" OR "Interação Social" OR "Atração Interpessoal" OR "Relacionamento Interpessoal" OR "Interacción Interpersonal" OR "Interacciones Interpersonales" OR "Relaciones de Género" OR "Relaciones entre los Géneros" OR "Interacción Social" OR "Atracción Interpersonal" OR "Linguagem Infantil" OR "Lenguaje Infantil" OR "Linguagem da Criança" OR "Lenguaje del Niño" OR "Desenvolvimento da Linguagem" OR "Desarrollo del Lenguaje" OR "Interação comunicativa" OR "Interacción comunicativa" OR "Interpersonal Relations" OR "Gender Issues" OR "Husband-Wife Communication" OR "Partner Communication" OR "Relations, Gender" OR "Communication, Husband-Wife" OR "Communication, Partner" OR "Communications, Husband-Wife" OR "Communications, Partner" OR "Gender Issue" OR "Gender Relation" OR "Husband Wife Communication" OR "Husband-Wife Communications" OR "Interaction, Social" OR "Interactions, Social" OR "Interpersonal Relation" OR "Issue, Gender" OR "Issues, Gender" OR "Partner Communications" OR "Relation, Gender" OR "Relation, Interpersonal" OR "Relations, Interpersonal" OR "Social Interactions" OR "Gender Relations" OR "Social Interaction" OR "Interpersonal Attraction" OR "Child Language" OR "Child Languages" OR "Language, Child" OR "Languages, Child" OR "Language Development" OR "Communicative interaction")) AND ((tw:("Relações Mãe-Filho" OR "Relaciones Madre-Hijo" OR "Interação Mãe-Criança" OR "Interação Mãe-Filho" OR "Relação Filho-Mãe" OR "Relação Mãe-Filho" OR "Relação Materno-Filial" OR "Relacionamento Mãe-Filho" OR "Relacionamento Filho-Mãe" OR "Relacionamento Materno-Filial" OR "Relações Filho-Mãe" OR "Relações Criança-Mãe" OR "Relações Mãe-Criança" OR "Relações Materno-Filiais" OR "Interacción Madre-Niño" OR "Interacción Madre-Hijo" OR "Relación Hijo-Madre" OR "Relación Madre-Hijo" OR "Relación Materno-Filial" OR "Relacionamiento Madre-Hijo" OR "Relacionamiento Hijo-Madre" OR "Relacionamiento Materno-Filial" OR "Relaciones Hijo-Madre" OR "Relaciones Niño-Madre" OR "Relaciones Madre-Niño" OR "Relaciones Materno-Filiales" OR "Mother-Child Relations" OR "Mother-Child Interaction" OR "Mother-Child Relationship" OR "Mother-Infant Interaction" OR "Mother-Infant Relations" OR "Interaction, Mother-Child" OR "Interaction, Mother-Infant" OR "Interactions, Mother-Child" OR "Interactions, Mother-Infant" OR "Mother Child Interaction" OR "Mother Child Relations" OR "Mother Child Relationship" OR "Mother Infant Interaction" OR "Mother Infant Relations" OR "Mother-Child Interactions" OR "Mother-Child Relation" OR "Mother-Child Relationships" OR "Mother-Infant Interactions" OR "Mother-Infant Relation" OR "Relation, Mother-Child" OR "Relation, Mother-Infant" OR "Relations, Mother-Child" OR "Relations, Mother-Infant" OR "Relationship, Mother-Child" OR "Relationships, Mother-Child")))) AND (((tw:(Feto OR "Estruturas Fetais" OR Nascituro OR Nasciturno OR "Estructuras Fetales" OR Fetus OR "Fetal Tissue" OR Fetuses OR "Mummified Fetus" OR "Retained Fetus" OR "Fetal Structure" OR "Fetal Tissues" OR "Fetus, Mummified" OR "Fetus, Retained" OR "Structure, Fetal" OR "Structures, Fetal" OR "Tissue, Fetal" OR "Tissues, Fetal" OR "Fetal Structures")) OR ((tw:("Recém-Nascido" OR "Recién Nacido" OR "Infant, Newborn" OR "Criança Recém-Nascida" OR "Crianças Recém Nascidas" OR "Lactente Recém-Nascido" OR "Lactentes Recém-Nascidos" OR "Niño Recién Nacido" OR "Niños Recién Nacidos" OR "Lactante Recién Nacido" OR "Lactantes Recién Nacidos")) OR (ti:(Neonato OR Neonatos OR Neonate))) OR ((tw:(Lactante OR Infant OR Lactentes)))) AND (la:("en" OR "es" OR "pt" OR "fr")) AND (year_cluster:("2019" OR "2018" OR "2017" OR "2016" OR "2015" OR "2014" OR "2013" OR "2012" OR "2011" OR "2010" OR "2009" OR "2008" OR "2007"))

```

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A busca dos textos no banco de dados foi realizada com o auxílio de um bibliotecário, visando minimizar possíveis perdas de citações. Cada referência bibliográfica recuperada no banco de dados foi analisada visando verificar a pertinência ou não da seleção e inclusão no estudo. Excluíram-se os estudos escritos em línguas que não o inglês, português, espanhol, francês ou italiano; e aqueles repetidos por cruzamento das palavras-chave, além de estudos com animais, laboratoriais, artigos de opinião/autoridade, série de caso, relato de caso e estudos de revisão.

Dos textos completos obtidos, foram excluídos os que não se relacionavam diretamente ao tema e os que não respondiam aos descritores. Todos os artigos relacionados ao tema foram incluídos no levantamento, independentemente do desenho do estudo.

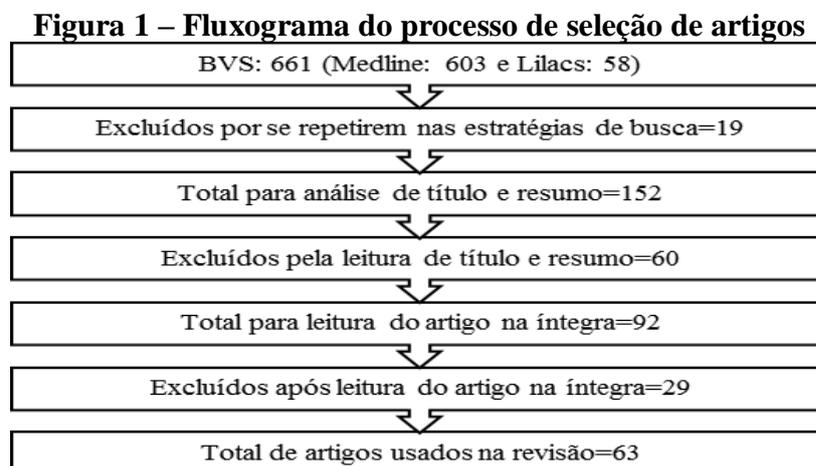
Foram incluídos estudos que apresentassem dados referentes a crianças de 0 a 12 meses. Alguns estudos que apresentavam dados referentes a crianças além dessa idade foram excepcionalmente incluídos por apresentarem um assunto muito pertinente ao tema do estudo em questão.

Análise dos dados

Para análise dos 152 estudos selecionados foram considerados os seguintes marcadores: data do estudo, local do estudo, tipo de estudo, delineamento, características da amostra, os instrumentos utilizados para a análise dos dados e os principais resultados.

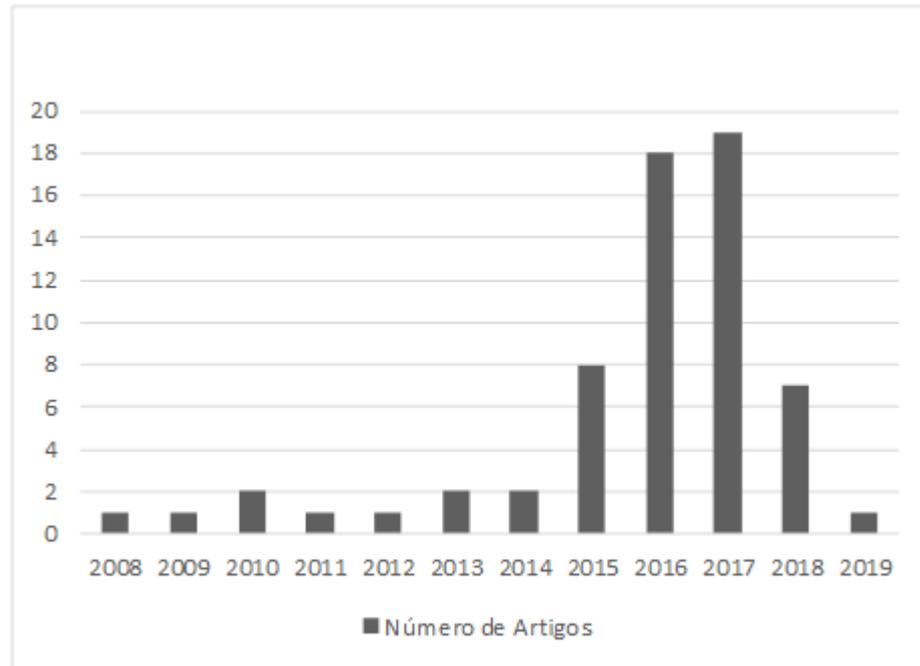
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na busca por meio de descritores e termos livres foram encontrados 661 artigos nas bases de dados pré-estabelecidas. No MEDLINE via PubMed a pesquisa resultou em 603 estudos, 58 na LILACS. Do total, 266 foram excluídos por não tratarem do assunto principal “interação mãe-bebê”, 202 artigos foram excluídos por não incluírem a faixa etária estudada, 22 artigos foram excluídos, porque não foram publicados nos últimos 10 anos, 19 artigos foram excluídos por se repetirem nas estratégias de busca, 60 pela leitura do título e resumo e 29 pela leitura do texto completo. Isso possibilitou a análise de 63 artigos. O processo de seleção de artigos está exposto no fluxograma abaixo (Figura 1):



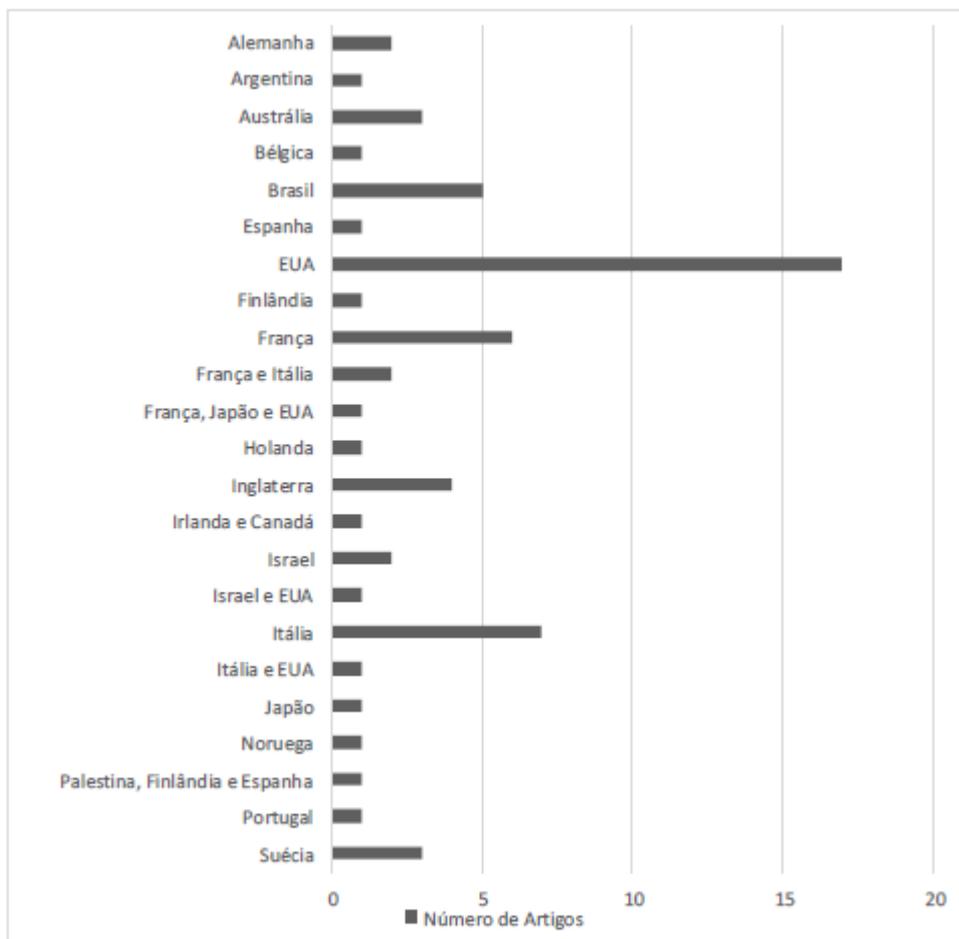
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Gráfico 1 – Relação do número de artigos de acordo com o ano de publicação



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Gráfico 2 – Relação do número de artigo publicados em cada país



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Os artigos selecionados retratam a relevância do tema. A investigação e a compreensão sobre a qualidade das interações mãe-bebê^{10,11} reforçam sempre sua importância no desenvolvimento da criança. O impacto dos acontecimentos da vida, a condição psíquica materna na interação da díade mãe-bebê é algo muito bem documentado.¹² No entanto, a literatura também revela inúmeras situações e possibilidades que podem amenizar ou reforçar estas características interferindo no desenvolvimento infantil.

Diversos estudos demonstraram a importância da relação entre lactentes e seus cuidadores, especialmente aqueles que desempenham o papel materno ou prestam cuidados maternos, base para a constituição psíquica e linguística dos bebês.^{13,14} Especificamente em relação às manifestações iniciais de lactentes e a linguagem que lhes é dirigida, existem muitos clássicos como Trevarthen,¹⁵ Fernald¹⁶ e Brazelton¹⁷ e alguns estudos mais recentes enfatizando a importância do "Motherese", o "Manhês", ou discurso dirigido ao bebê (IDS), como uma forma precoce de apoio subjetivo e linguístico.^{18,19}

A comunicação da mãe com o seu filho ainda na fase fetal está constantemente presente nos relatos das gestantes. As sensações e percepções da gestante são fascinantes e ao mesmo tempo fisiologicamente possíveis e comprovadas.²⁰ Os estudos que se dedicaram ao tema como principal assunto esclarecem detalhadamente a interação da mãe com o feto e até mesmo das pessoas que já possuem um laço afetivo com o "bebê" em fase fetal. De certa forma é intrigante como as pessoas no âmbito geral demonstram-se surpresas com este vínculo comunicativo tão precoce. Provavelmente sentimentos inerentes ao pensarem na fase gestacional em que feto está envolto pela placenta e membranas dentro do útero e não acolhido no colo de quem o carrega? Mas ainda hoje se pode contar com as sofisticadas imagens das ultrassonografias gestacionais.

Inevitavelmente reconhecer a dimensão deste vínculo aumenta a responsabilidade para muito além dos cuidados clínicos, ou seja, vai ao encontro do conceito amplo de saúde quando contempla o binômio mãe e seu bebê ainda em formação intra-útero. Ammaniti²¹ sua equipe dedicaram-se intensamente ao período gestacional. Conseguiu descrever o universo materno gestacional por meio de instrumentos eficazes de avaliação que consideram as representações maternas, a história de vida da gestante, suas expectativas, grau de investimento e envolvimento assim como sua posição subjetiva diante das diferentes posições em que precisa lidar e se relacionar, como a posição de mãe, de filha e mulher. Ammaniti²¹ analisou a eficácia da intervenção precoce em visitas domiciliares às díades para melhorar a qualidade da interação mãe-bebê com risco psicossocial e na mãe com risco depressivo. O

acompanhamento teve início no terceiro trimestre gestacional e os resultados mostraram a eficácia do programa de visita domiciliar na melhoria dos comportamentos maternos sensíveis em relação à criança após seis meses de intervenção.²¹

Nesta revisão sistemática da literatura pode-se observar uma preocupação crescente com os quadros de ansiedade e depressão maternos e a influência ao longo do tempo na vida da criança. Constatou-se um aumento expressivo nos últimos anos (Gráfico 1). Alguns quadros de alterações de linguagem também aparecem com uma frequência maior como o transtorno do espectro autista. O grau de empatia nas interações da díade mãe-bebê e a sensibilidade dos pais, ou seja, a capacidade dos pais perceberem os sinais comunicativos do bebê. Estas são algumas características presentes com dedicação investigativa significativa nos estudos que analisam as interações das díades mãe-bebê.¹²

Muitos artigos verificam as condições socioeconômicas familiares, o nível de escolaridade dos pais e das mães especificamente e a relação com as habilidades linguísticas e desenvolvimento cognitivo da criança. Os instrumentos e protocolos de triagem e avaliação do desenvolvimento constataam frequentemente interações prejudicadas por estes fatores e a necessidade e importância da participação e amparo dos programas assistenciais.²²

Já Fattore *et al.*¹¹ quando compararam a evolução das vocalizações em bebês prematuros e a termo, com e sem risco ao desenvolvimento e analisaram as possíveis relações entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas, psicossociais, idade gestacional, peso ao nascer e a escolaridade materna, constataram que estes fatores não incidiram diretamente no nível de vocalizações dos bebês.

Foi possível constatar certa concordância entre os estudos com relação aos instrumentos de análise e observação das interações precoces. Nos estudos em que mensuram a qualidade da interação da díade mãe-bebê a partir de características observadas no comportamento de ambos descrevem com frequência a “sensibilidade” da mãe, ou seja, a capacidade dela reconhecer os sinais comunicativos do bebê.²³ A reciprocidade da díade e engajamento ou envolvimento do bebê. Estas características funcionam como indicadores de um desenvolvimento linguístico satisfatório em muitos instrumentos de análises qualitativas descritivas observacionais e quantitativas ou numéricas.

Outros autores descrevem a vulnerabilidade da mãe diante de muitas situações consideradas de risco, como a condição psíquica e sócio-demográfica.^{11,24,28} A literatura relata um efeito adverso proporcional à intensidade dos riscos na relação da díade mãe-bebê e conseqüentemente no desenvolvimento do bebê e alguns estudos descrevem fatores capazes de compensar e favorecer as habilidades comunicativas e o neurodesenvolvimento do bebê.

Os estudos que se dedicaram ao assunto principal do tema desta revisão revelam maior interesse ao impacto de fatores e situações de risco na interação da díade, algumas situações foram mencionadas acima como os quadros de ansiedade e depressão maternas, situações socioeconômicas e sóciodemográficas.²⁵ Embora alguns estudos também se empenhem na análise, por exemplo, de traços linguísticos que denunciam no desenvolvimento da linguagem as competências do bebê e suas relações com o seu entorno, ainda prevalece uma quantidade realmente mais expressiva das condições de maior vulnerabilidade materna.^{22,24} Isto demonstra com clareza a importância de instrumentos de triagem, avaliação e acompanhamento destes quadros. Uma estratégia primordial de cuidado com o desenvolvimento infantil. Portanto, são necessárias intervenções iniciais que se concentram na díade mãe-filho e visam não apenas mães clinicamente, mas também subclínicamente deprimidas.²²

Paolantonio, Faas e Manoiloff.²⁵ em sua revisão de literatura com ênfase nas qualidades das interações mãe-criança no estágio pré-linguístico, em situações de ausência e presença de indicadores de patologia mental materna (especificamente depressão pós-parto) descreve uma série de padrões e modalidades de comunicação que a mãe e o bebê adotam durante essa fase do desenvolvimento da linguagem. Em primeiro lugar, apresenta-se a caracterização acústica e cinestésica que a Fala Dirigida ao Bebê (HDB) adquire durante o estágio pré-verbal, diferenciando os padrões comunicacionais correspondentes tanto às mensagens emitidas quanto recebidas e, em segundo lugar, à caracterização acústica e cinestésica dos padrões comunicacionais das crianças durante o primeiro estágio do desenvolvimento da linguagem. Posteriormente, considera-se como esses padrões são afetados em mães com evidência de DPP, identificando os padrões de comunicação HDB em mães com e sem DPP, tanto aquelas referentes à emissão (aspectos acústicos, discursivos e cinestésicos) quanto à recepção. (aspectos perceptivos), bem como como padrões comunicativos são afetados em bebês de mães com DPP. Por fim, conclui-se sobre a importância de conhecer os desvios observáveis no processo comunicativo mãe-bebê para o trabalho terapêutico no vínculo diádico e para o desenvolvimento integral do lactente.²⁵

Kruel *et al.*²⁶ em seu estudo sobre a análise das características enunciativas do bebê percebeu mutualidade mãe-bebê na maior parte das cenas analisadas. Identificaram-se, na homologia e na interpretação, categorias enunciativas produtivas que demonstram a relação de demanda do bebê com a interpretação materna. Também foi possível utilizá-las para descrever numericamente as interações mãe-bebê. Além disso, outras categorias emergiram havendo mais subtipos de produções maternas que não estão diretamente relacionadas à

demanda do bebê, demonstrando que este está exposto à linguagem de características heterogêneas. O conceito de sistema semiótico permitiu propor categorias de funcionamento de linguagem identificáveis na relação mãe-bebê. Tais categorias puderam ser descritas numericamente.²⁶

Portanto observa-se um interesse extremamente relevante nos objetivos dos artigos revisados em analisar de forma numérica o funcionamento da linguagem do bebê em interação.^{10,26,29,30} Utilizam também diferentes instrumentos de análise com o objetivo de serem cada vez mais assertivos em seus achados.

Rayson *et al.*³¹ utilizaram a eletroencefalografia para demonstrar o recrutamento do sistema motor humano durante a observação e execução de expressões faciais em crianças de nove meses, implicando este sistema no processamento da expressão facial desde uma idade muito jovem. Notavelmente, o exame das primeiras interações gravadas em vídeo mãe-bebê apoiou a hipótese comum, mas ainda não testada, de que o espelhamento materno de gestos faciais infantis é central para o desenvolvimento de um mecanismo de correspondência neural para esses gestos. Especificamente, a medida em que as mães espelharam as expressões faciais infantis aos dois meses pós-parto previram atividade do sistema motor do lactente durante a observação das mesmas expressões aos nove meses. Isso sugere que o espelhamento materno fortalece os mapeamentos entre as representações visuais e motoras dos gestos faciais, o que aumenta a sensibilidade neural do bebê a sinais particularmente relevantes no ambiente social inicial.³¹

Alguns estudos alertam que ao investigar a interação da díade mãe-bebê deve-se sempre considerar a análise em diferentes situações e a sua sincronia. Maas³² quando estudou o efeito de variáveis situacionais no ambiente doméstico sobre a qualidade da interação mãe-bebê aos 6 meses, constatou que a sensibilidade materna durante o face a face é maior do que no jogo livre e no cuidado. As crianças são mais sociáveis e positivas durante a interação face a face.³²

Lloyd e Masur³³ ao examinar os comportamentos iniciais do bebê e as respostas maternas, descreveu que os resultados revelaram que as crianças produziam uma variedade de iniciativas e que essas diferentes iniciativas infantis geraram padrões diferenciais de comportamento responsivo e diretivo da mãe.

Alguns países lideram com relação ao número de publicações de artigos que discutem este tema, como os Estados Unidos (Gráfico 2). No entanto concentram um maior número de publicações de forma geral.

CONCLUSÃO

Constata-se que nos últimos anos o interesse com relação à vida em sua fase inicial e as influências do que pode ter efeitos no desenvolvimento deste ser em formação ocupa uma posição privilegiada no campo investigativo da ciência. Pode-se pensar que nos últimos anos tem ocorrido um avanço científico e tecnológico acelerado em que as relações interpessoais e as relações com toda esta tecnologia refletem de forma extremamente dinâmica um novo contexto social e cultural. A contribuição das ciências computacionais permite atualmente contar com técnicas diagnósticas extremamente avançadas. Fazem parte deste avanço as imagens ultrassonográficas que possuem altíssima precisão diagnóstica. Os profissionais de saúde conseguem visualizar alterações sutis e os software levantam diversas probabilidades e possibilidades de avaliação e diagnóstico.^{12,20} O casal grávido que antes já dispunha de informações que provocava seu imaginário, emocionava-se com o batimento cardíaco do feto, e aguardava ansioso o momento do parto, agora se vê antecipadamente diante da imagem do filho real.³⁴ A possibilidade de saber mais sobre este bebê o aproxima do mundo que o circunda e sucessivamente pode potencializar e ou oficializar sua capacidade de comunicação e interação.

Pode-se atribuir também a este interesse a constatação das competências do bebê, desde sua capacidade de interagir com o ambiente ainda em sua fase fetal e nos primeiros meses de vida, algo há pouco nem tanto difundido ou sem a legitimação do seu espaço. Ressalta-se que muitos autores como Trevarthen¹⁵ e Busnel²⁷ há tempo trazem um arcabouço teórico conquistado com muitos estudos sobre as habilidades comunicativas do recém-nascido e do lactente. A contribuição de outros campos da ciência trouxe de uma forma sofisticadíssima ou aparentemente simples o aumento imensurável da troca de conhecimentos, aproximou mundos e culturas diferentes, esclareceu questões complexas e despertou aos que se sentem atraídos pela investigação a vontade de chegar cada vez mais perto, ou antes, no sentido da prevenção.^{15,27}

Conclui-se que os estudos que compõe esta revisão confirmam a importância das análises sobre os aspectos que podem favorecer ou comprometer a interação da díade mãe-bebê e ou as primeiras relações e desenvolvimento do lactente. Em muitos estudos^{12,23,30} revisados, a presença do sofrimento pré-natal foi determinante nos relatos dos pais e verificados nos sintomas depressivos, nas preocupações relacionadas à gravidez e no impacto na adaptação pós-natal, que por sua vez foi avaliada através de variadas análises em que envolvem desde relatórios subjetivos de estresse, competência e aliança dos pais e a

observação precoce dos padrões relacionais entre pais e filhos. Portanto esta revisão incentiva e fomenta a continuidade de novos estudos, porque vislumbra diversos caminhos que podem aproximar cada vez mais o pesquisador de resultados inovadores rumo a uma melhor compreensão de alterações e quadros muitas vezes enigmáticos que envolvem as interações do lactente com o seu entorno.

REFERÊNCIAS

1. Cohen D, Savelon SV, Rosenblum O, Mazet P, Dommergues M. Acompanhamento Ecográfico Pré-natal de Gravidez com Suspeitas de Malformações: estudo do impacto sobre as representações maternas. In: Laznik MC, Cohen D. O Bebê e Seus Intérpretes: Clínica e Pesquisa. São Paulo: Instituto Langage; 2011. p. 35-45.
2. Palladino RRR. A propósito dos Indicadores de Risco. *Distúrb. Comum.* 2007; 19(2): 193-201.
3. Boing E, Crepaldi MA. Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. *Campinas: Estud. Psicol.*; 2004; 21(3): 211-2326.
4. Rechia IC, Souza APR. Dialogia e função materna em casos de limitações práticas verbais. *Psicol. Estud*; 2010; 15(2): 315-230.
5. Dupoux E. Percepção da fala nos bebês. In: Laznik M.C., Cohen D. (orgs). O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa. São Paulo, Instituto Langage, 2011; (71-78).
6. Parlato-Oliveira E. Da relação binária ao jogo ternário: uma análise de um bebê e sua mãe. In: Busnel MC, Melgaço RG. O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê. São Paulo: Instituto Langage; 2013; (201-208).
7. Laznik MC. Linguagem e comunicação do bebê até os três meses. In: Laznik MC., Cohen D. (orgs). O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa. São Paulo: Instituto Langage; 2011; (93-100).
8. Ferreira SS. O manhês e o impossível da língua. In: Laznik MC, Cohen D. (orgs). O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa. São Paulo, Instituto Langage, 2011; 243-252.
9. Parlato-Oliveira E. Como falam os bebês? Explorações sobre a fala e o campo da linguagem na clínica de bebês. In: Barbosa, D.C., Parlato-Oliveira, E. (orgs). *Psicanálise e Clínica com Bebês: Sintoma, Tratamento e Interdisciplina na primeira infância.* São paulo: Instituto Langage; 2010; (125-136).
10. Leclère C, Avril M, Viaux-Savelon S, Bodeau N, Achard C, Missonnier S et al. Interaction and behaviour imaging: a novel method to measure mother–infant interaction using video 3D reconstruction. *Translational Psychiatry.* 2016; 6:1-7.
11. Fattore IM, Uhde RM, Oliveira LD, Roth AM, Ramos APS. Comparative analysis of initial vocalizations of preterm and full-term infants with and without risk for development. *CoDAS.* 2017 Aug; 29(4).
12. Viaux-Savelon S, Dommergues M, Rosenblum O, Bodeau N, Aidane E, Philippon O et al. Prenatal Ultrasound Screening: False Positive Soft Markers May Alter Maternal Representations and Mother-Infant Interaction. *PLoS ONE.* 2012 Jan; 7(1).
13. Carlesso JPP, Souza APR, Moraes AB. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Rev. CEFAC* 2014; 16(2):500-10.

14. Oliveira LD, Ramos-Souza AP. O distúrbio de linguagem em dois sujeitos em risco para o desenvolvimento em uma perspectiva enunciativa de funcionamento de linguagem. *Rev CEFAC*. 2014;16(5):1700-12.
15. Trevarthen C. The psychobiology of speech development. In: Lenneberg EH, editor. *Language and brain: developmental aspects*. Boston: Neurosciences Research Program; 1974. p. 570-585. (Neurosciences Research Program Bulletin, 12).
16. Fernald A, Kuhl P. Acoustic determinants of infant preference for motherese speech. *Infant Behav Dev*. 1987;10(3):279-93.
17. Brazelton T. *Momentos Decisivos do Desenvolvimento Infantil*. Porto Alegre: Artes médicas, 1994.
18. Laznik MC, Parlato-Oliveira E. Interações sonoras. In: Laznik MC, editor. *A hora e a vez do bebê*. São Paulo: Instituto Langage; 2013: p. 195- 200.
19. Mahdhaoui A, Chetouani M, Cassel RS, Saint-Georges C, Parlato E, Laznik MC et al. Computerized home video detection for motherese may help to study impaired interaction between infants who become autistic and their parents. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2011; 20(1):6-18.
20. Larsson AK, Svalenius EC, Marsal K, Dykes AK. Parental level of anxiety, sense of coherence and state of mind when choroid plexus cysts have been identified at a routine ultrasound examination in the second trimester of pregnancy: a case control study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009 Jun; 30(2):95-100. doi: 10.1080/01674820903030173.
21. Ammaniti M, Speranza AM, Tambelli R, Muscetta S, Lucarelli L, Vismara L, Odoriso F, Cimino S. A prevention and promotion intervention program in the field of mother–infant relationship. *Infant Ment Health J*. 2006; 27(1):70–90. doi: 10.1002/imhj.20081.
22. Behrendt HF, Konrad K, Goecke TW, Fakhrabadi R, Herpertz-Dahlmann B, Firk C. Postnatal Mother-to-Infant Attachment in Subclinically Depressed Mothers: Dyads at Risk? *Psychopathology*. 2016 Aug; 49(4):269-276.
23. Dollberg D, Feldman R, Keren M. Maternal representations, infant psychiatric status, and mother-child relationship in clinic-referred and non-referred infants. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Jan;19(1):25-36. doi: 10.1007/s00787-009-0036-5.
24. Santos H Jr, Yang Q, Docherty S L, White-Traut R, Holditch-Davis D. Relationship of Maternal Psychological Distress Class to Later Mother-Infant Interaction, Home Environment, and Infant Development in Preterm Infants. *Res Nurs Health*. 2016 Jun; 39(3): 175–186.
25. Paolantonio MP, Faas AE, Manoiloff LV. Perlocutive mutuality in preverbal communication in children with mothers with postpartum depression. *Interdisciplinária*. 2016 Jan; 33(2) 267-282.
26. Krueh CS, Rechia IC, Oliveira LD, Souza APR. Categorias enunciativas na descrição do funcionamento de linguagem de mães e bebês de um a quatro meses. *CoDAS*. 2016 Aug; 28(3):244-251. DOI: 10.1590/2317-1782/20162015190.
27. Busnel MC. *A Linguagem dos Bebês: Sabemos escutá-los?*. São Paulo: Escuta; 1997.
28. Gueron-Sela N, Camerota M, Willoughby MT, Vernon-Feagans L, Cox MJ; Family Life Project Key Investigators. Maternal depressive symptoms, mother-child interactions, and children's executive function. *Dev Psychol*. 2018 Jan; 54(1):71-82. doi: 10.1037/dev0000389.
29. Cerezo M A, Pons-Salvador G, Trenado RM, Sierra P. Mother-infant verbal/nonverbal interaction as predictor of attachment: Non-linear dynamic analyses. *Nonlinear Dynamics Psychol Life Sci*. 2016; 20(4):485-508.
30. Dollberg D, Rozenfeld T, Kupfermincz M. Early Parental Adaptation, Prenatal Distress, and High-Risk Pregnancy. *J Pediatr Psychol*. 2016; 41(8): 915–929.

31. Rayson H, Bonaiuto JJ, Ferrari PF, Murray L. Early maternal mirroring predicts infant motor system activation during facial expression observation. *Scientific Reports*. 2017; 7(1).
32. Maas AJ, Vreeswijk CMJM, Bakel HJA. Effect of situation on mother-infant interaction. *Infant Behavior & Development*. 2013 36(1): 42–49
33. Lloyd CA, Masur EF. Infant behaviors influence mothers' provision of responsive and directive behaviors. *Infant Behav Dev*. 2014 Aug; 37(3):276-85.
34. Lebovici S. *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes médicas. 1987.

4 MÉTODOS

4.1 Descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística)

Desenho do Estudo: trata-se de um trabalho longitudinal controlado (analítico), um estudo de caso controle (coorte concorrente) prospectivo, ou seja, um estudo observacional em que a díade (mãe-bebê) dos dois grupos, grupo estudo com fetos/bebês com alguma anomalia estrutural e grupo controle com fetos/bebês sem nenhuma anomalia estrutural foram acompanhados longitudinalmente até os bebês completarem 12 meses de idade, para avaliar a incidência (risco) de alterações no desenvolvimento comunicativo nos dois grupos, portanto, não foram submetidos à intervenção.

Cenário do Estudo: os encontros foram agendados nas seguintes idades e locais:

- Etapa 1: fase gestacional/pré-natal (gestantes a partir da vigésima quinta semana gestacional) no Instituto Jenny de Andrade Faria (HC/UFGM);
- Etapa 2: fase pós-natal: recém-nascidos na Maternidade Otto Cirne/Alojamento Conjunto/HC/UFGM, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do HC/UFGM para os recém-nascidos que necessitaram de cuidados especiais e no Laboratório do bebê (*Babylab*) na Faculdade de Medicina da UFGM para os recém-nascidos que receberam alta hospitalar ou não nasceram no Hospital das Clínicas. Quando os bebês completaram dois meses, quatro meses, seis meses, nove meses e doze meses de idade os encontros foram agendados no Laboratório do Bebê (*Babylab*) na Faculdade de Medicina da UFGM. Os bebês que permaneceram hospitalizados durante a fase recém-nascidos foram acompanhados em seus respectivos locais de internação no HC/UFGM, respeitando as datas pré-determinadas.

No Instituto Jenny de Andrade Faria (HC/UFGM) os encontros com as gestantes eram realizados em uma das salas de consulta reservada pela coordenação responsável desta instituição para a concretização desta etapa do presente estudo, nos períodos e dias específicos de coleta.

Para as mães que deram a luz na Maternidade Otto Cirne (HC/UFGM) e escolheram o próprio hospital para a realização do vídeo do momento de interação da díade mãe-bebê

recém-nascido, as mães puderam decidir também o ambiente em que se sentissem mais a vontade, como o Alojamento Conjunto/HC/UFMG ou em uma sala destinada as consultas médicas em neonatologia e triagem auditiva neonatal, que fica no mesmo andar da Unidade Materno Infantil, neste local a mãe ficava sozinha com o seu bebê. Para os bebês em UTIN ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) a mãe pode escolher entre fazer o vídeo na própria unidade em que se encontrava o bebê ou aguardar quando o bebê recebesse alta da respectiva unidade ou alta hospitalar. Todos os locais eram preparados antecipadamente para o posicionamento da filmadora em um suporte próprio uma visualização adequada da díade em interação e para que a mãe se sentisse o mais a vontade possível sem a presença da pesquisadora principal deste estudo. Todos estes cuidados e atenção tiveram o propósito de resguardar ao máximo possível a privacidade da díade, respeitar a vontade das mães e os cuidados com as normas e rotina de cada uma destas unidades hospitalares.

Figura 1 – Locais de coleta



Fonte: Fotografia da autora (2019).

O Laboratório do bebê (*Babylab*) na Faculdade de Medicina da UFMG trata-se de uma sala que foi especialmente composta e preparada para receber as díades nos encontros previamente agendados. A disposição e organização espacial de todos os seus pertences foram estabelecidas de acordo com o modelo de outros centros de referência em pesquisa com o bebê. A qualidade da imagem do bebê e da mãe em interação é essencial. A sala continha um espelho com 1,10 metros de largura por 1,60 metros de comprimento, em moldura e suporte para sustentá-lo em posição vertical posicionado próximo da parede a dois metros e meio em frente à câmara da filmadora (*Ipad Pro*, a imagem dos vídeos possui altíssima resolução e qualidade). Desta forma foi possível ter a imagem completa de toda a sala nos vídeos. Os vídeos com os bebês recém-nascidos foram realizados com o bebê no colo da mãe. A mãe com o bebê recém-nascido ficava sentada em uma poltrona com assento acolchoado posicionado em frente ao espelho. Assim foi possível conseguir visualizar a imagem da face

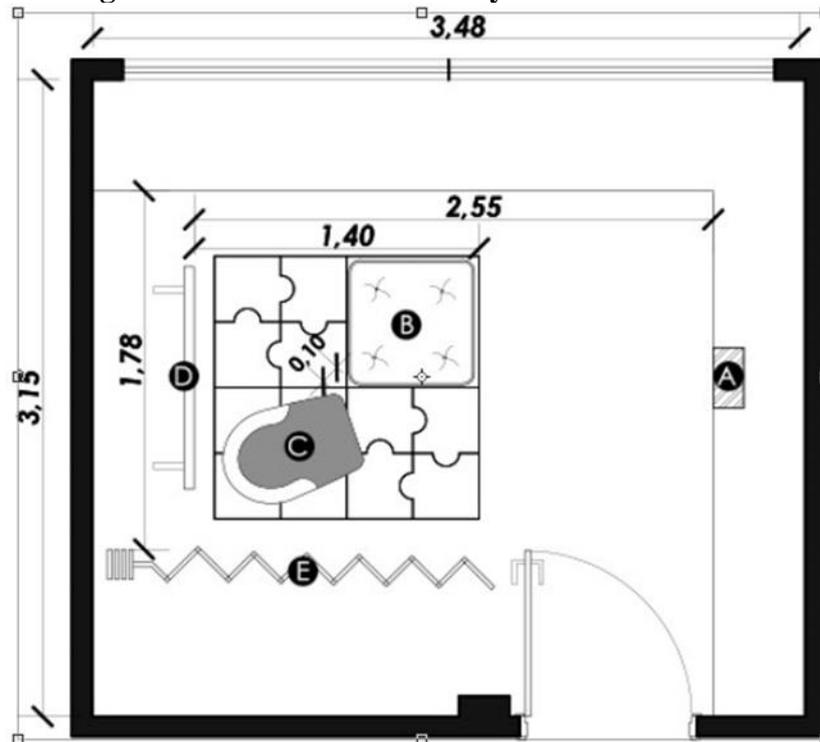
do bebê, do seu corpo, do ambiente, do corpo da mãe e a imagem da face da mãe refletida no espelho. Para os bebês a partir da idade de dois meses era colocado no centro da sala um tapete (tatame infantil de E.V.A. para absorção de impacto) de 0,80 metros quadrados (1,0 x 0,80 metros) onde era posicionado o bebê conforto. Os vídeos com os bebês com dois até os quatro meses de idade foram realizados com o bebê sentado no “bebê conforto” em postura inclinada com o apoio dorsal da própria cadeirinha. A mãe ficava posicionada em frente ao bebê. Neste momento a mãe foi orientada a sentar-se em frente ao seu bebê assim foi possível obter a imagem de frente do bebê e a imagem de frente da mãe refletida no espelho. A partir dos seis meses de idade os bebês escolheram entre ficarem sentados no “bebê-conforto” ou ficarem sentados no tapete, dependia de onde manifestassem maior conforto e satisfação. Nesta fase alguns já conseguiam sentar sem apoio e muitos manifestaram preferência em ficarem sentados no próprio tapete. As mães foram orientadas a permanecerem em frente ao seu filho, assim era possível obter a imagem de frente do bebê e a imagem de frente da mãe refletida no espelho. Com nove e doze meses de idade todos os bebês ficaram sentados no tapete, não utilizaram a cadeirinha “bebê conforto”. Ambos, mãe e bebê puderam ficar à vontade com relação à movimentação no espaço da sala, ou seja, neste momento foi permitido ao bebê movimentar-se livremente pela sala. O espelho garantiu a imagem de todos os movimentos da díade mãe-bebê, ou seja, quando o bebê engatinhava e/ou andava para explorar o ambiente. A sala também continha todos os materiais e instrumentos recomendados pelos protocolos de avaliação e triagem do desenvolvimento (instrumentos sonoros, brinquedos), para a troca de fraldas (trocador acolchoado, fraldas descartáveis de diversos tamanhos, lenços umedecidos) e de higienização (álcool, sabonete líquido, produtos para desinfecção dos materiais) das mãos e dos materiais, adequadamente guardados e armazenados para manter o ambiente sem distratores visuais.

Figura 2 – Local de coleta *Babylab*



Fonte: Fotografia da autora (2019).

Figura 3 – Local de coleta *Babylab* - Planta da sala



A: Filmadora/Ipad Pro; B: Almofada; C: bebê-conforto; D: Espelho; E: Biombo.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Figura 4 – Local de coleta Babylab – Representação em 3D



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

As datas dos encontros com as díades mãe-bebê seguiram as datas pré-determinadas de acompanhamento do desenvolvimento da linguagem de acordo com o Protocolo Gordo.¹

4.2 Participantes do estudo

Instrumentos e procedimentos de coleta de dados – Etapa 1: os participantes do estudo inicialmente foram 50 gestantes, divididas em dois grupos:

- a) Grupo 1 – grupo estudo: composto por 25 gestantes participantes do pré-natal no Ambulatório do Centro de Medicina Fetal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (CEMEFE HC/UFMG), cujos fetos foram previamente diagnosticados com algum tipo de anomalia estrutural como uropatias, gastrosquise e onfalocele, sem malformações associadas. Trata-se de anomalias graves, mais frequentes e com baixo índice de natimortos e neomortos. Sem malformações associadas e com o cariótipo normal não apresentam comprometimento neurológico, auditivo e visual. Frequentemente despertam grande impacto na visão materna por serem potencialmente de risco cirúrgico.² Portanto encaixam nos critérios de inclusão e oferecem menor probabilidade de risco de perdas, por ser um estudo longitudinal da díade mãe-bebê;

- b) Grupo 2 – grupo controle: composto por 25 gestantes com fetos sem nenhum tipo de anomalia estrutural, participantes do pré-natal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais/MG. Os ambulatórios foram convidados a participar da pesquisa, por meio de uma carta que foi entregue pessoalmente pelo pesquisador aos coordenadores dos serviços (Apêndices A, B e C) e cederam o espaço físico para a coleta dos dados.

O espaço físico compreende o Instituto Jenny de Andrade Faria (Apêndice C e D) e a Unidade Funcional Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia (Maternidade Otto Cirne e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), ambos do HC/UFMG.

As gestantes dos dois grupos (estudo e controle) foram selecionadas inicialmente por meio do levantamento de dados do Instituto Jenny de Andrade Faria. O pesquisador participou de uma reunião semanal da equipe de medicina fetal do HC/UFMG em que além das aulas expositivas são discutidos todos os casos acompanhados pelo CEMEFE. Com o objetivo de familiarizar-se com os quadros clínicos e conhecer a história das gestantes que participaram do presente estudo. Esta reunião acontece toda quinta feira a partir das 13horas e 30minutos.

Posteriormente foram convidadas a participarem durante as consultas previamente agendadas de acompanhamento pré-natal e iniciaram após concordância e assinatura do TCLE (Apêndices A e B).

Foram tomadas as providências éticas necessárias, de acordo com as normas previstas pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMG.

Os critérios de inclusão foram:

- **Grupo 1 – Grupo Estudo**

- Aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Gestantes, no terceiro trimestre gestacional, ou seja, a partir da vigésima quinta semana gestacional e que receberam o diagnóstico pré-natal de algum tipo de anomalia estrutural como uropatia, gastrosquise ou onfalocelo sem malformações associadas que comprometam o desenvolvimento neurológico, auditivo e visual;
- Gestantes matriculadas no Pré-Natal do Centro de Medicina Fetal HC/UFMG;

- **Grupo 2 – Grupo Controle**

- Aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), gestantes, no terceiro trimestre gestacional, ou seja, a partir da vigésima quinta semana gestacional com exames de imagem normais;
- Gestantes matriculadas no pré-natal do HC/UFG.

Os critérios de exclusão foram: bebês com malformações congênitas graves ou síndromes genéticas, Hemorragia Peri-intraventricular (HPIV) graus III e IV, Leucoencefalomalácea Periventricular (LPV), cardiopatias graves, paralisia cerebral, alteração de tônus muscular, deficiência auditiva e/ou visual e apgar menor que 7 no 5º minuto.

Para excluir a possibilidade de alterações morfológicas cerebrais, todas as crianças que compõem o grupo estudo foram submetidas à exame de Ultrassonografia Transfontanelar (USTF) no primeiro mês de vida. As crianças prematuras e acompanhadas pelo CEMEFE já realizam o USTF de rotina na Unidade Neonatal. Neste caso, consideramos sempre o resultado do último exame de USTF e somente os exames feitos com duas semanas ou mais de vida.^{3,4}

- **Grupo 1: Grupo Estudo**

- Fetos/Bebês com outros tipos de anomalias estruturais que possa comprometer o desenvolvimento neurológico, auditivo e visual detectadas após o nascimento;

- **Grupo 2: Grupo Controle**

- Fetos/Bebês com exames de imagem alterados e que não foram previamente diagnosticados. Bebês com resultados alterados na avaliação da TANU e apresentaram indicadores de risco para o desenvolvimento da linguagem e desenvolvimento global de acordo com os protocolos de observação e avaliação da linguagem e da audição que foram utilizados em todos os encontros.

4.3 Protocolo de coleta de dados

O protocolo de coleta de dados consiste em cumprir os objetivos propostos nesta pesquisa para isto foram realizadas as seguintes etapas:

O presente estudo, de caráter longitudinal, teve início após sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 548.79816.0.0000.5149/ Data de início: 30.03.16) e foi finalizado no último trimestre de 2019.

4.3.1 Etapa 1: análise do período pré-natal

Foram realizados na fase gestacional dois encontros com cada gestante dos dois grupos (grupo estudo e grupo controle) preferencialmente a partir do terceiro trimestre gestacional. Foram agendados encontros para o convite e assinatura do TCLE e um segundo encontro para a realização da entrevista/questionário e de um momento interativo da díade mãe-feto, necessariamente a partir da vigésima quinta semana gestacional. Estes encontros coincidiam com as consultas pré-agendadas do acompanhamento Pré-Natal do Centro de Medicina Fetal e Pré-Natal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

No segundo encontro as gestantes foram convidadas a relatarem a história de sua gestação e de maneira informal, ou seja, não dirigida responderam às perguntas do questionário *Irmag-R Echelle* de avaliação das representações maternas *IRMAG: Interview pour les représentations maternelles pendant la grossesse*.⁵ A partir das respostas ao questionário duas escalas foram preenchidas: Escala da Depressão: *Échelle de Gravité de La Dépression de Raskin*⁶ e Escala de Ansiedade: *Échelle de Gravité de L'Anxiété de Covi*.⁷ Em seguida foram realizados registros em áudio de um momento interativo da mãe com o feto (terceiro trimestre gestacional). As entrevistas foram registradas em áudio com o objetivo de manter durante a análise a integridade das respostas, favorecerem a atenção do entrevistador ao entrevistado, ou seja, evitar que o entrevistador interrompesse o entrevistado ou desviasse sua atenção para registrar as respostas.

Ainda no período gestacional foram observados e registrados os dados ultrassonográficos fetais dos participantes dos dois grupos acompanhados, grupo estudo e grupo controle.

Para cada encontro com as gestantes foi disponibilizado um tempo de 90 a 120 minutos, que compreendia o tempo necessário para a entrevista, anotação dos dados secundários, preenchimento das escalas pela gestante, gravação do áudio do momento de interação mãe-bebê (feto) e preenchimento da escala de ansiedade e da escala de depressão.

Inicialmente foram entrevistadas duzentas e cinquenta gestantes, entretanto somente duzentas e oito concluíram a fase pré-natal. Para as gestantes que permaneceram foram agendados dois encontros, totalizando quatrocentos e dezesseis encontros. Das duzentas e oito gestantes que permaneceram na fase pré-natal apenas oitenta díades concluíram o estudo longitudinal até doze meses de idade do bebê. O estudo atual considerou o cálculo amostral inicial de cinquenta díades mãe-bebê, vinte e cinco de cada grupo estudo e controle. Portanto

foram analisados os cem encontros das cinquenta díades mãe-bebê que permaneceram no estudo longitudinal.

A duração do áudio do momento interativo foi de três minutos, **totalizando cento e cinquenta minutos de áudios analisados** das cinquenta díades acompanhadas longitudinalmente.

4.3.2 Etapa 2: a análise do período pós-natal

Na maternidade e/ou *Babylab* foram registrados os dados secundários do momento perinatal e pós-natal a partir de análise de prontuários, “Caderneta de Saúde da Criança/Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde” (peso, estatura, perímetro cefálico, apgar e intercorrências) e entrevista com os pais. Foram observadas as condições do nascimento e evolução clínica, assim como exames (teste do coraçãozinho, teste do olhinho, ultrassom de transfontanela, etc), que confirmaram a condição clínica e prognóstico dos bebês acompanhados.

Em todos os encontros inicialmente o bebê (recém-nascidos, com dois, quatro, seis, nove e doze meses de idade cronológica, ou corrigida nos casos de prematuridade) passou por uma avaliação e observação do desenvolvimento da linguagem – Protocolo adaptado para avaliação de crianças de 2 a 24 meses – Protocolo Gordo,¹ da audição por meio da observação dos exames audiológicos já realizados periodicamente (Emissões otoacústicas – Triagem Auditiva Neonatal Universal – “teste da orelhinha”) e a Observação do Comportamento Auditivo⁸ e por uma triagem do desenvolvimento neuropsicomotor – Teste de Triagem de Desenvolvimento Denver II (TTDD II).^{9,10}

Foram observados e registrados todos os dados que constavam na *Caderneta de Saúde da Criança/Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde* anotados pelos profissionais de saúde que acompanharam a criança na maternidade e acompanham na rede municipal de saúde (Postos de saúde).

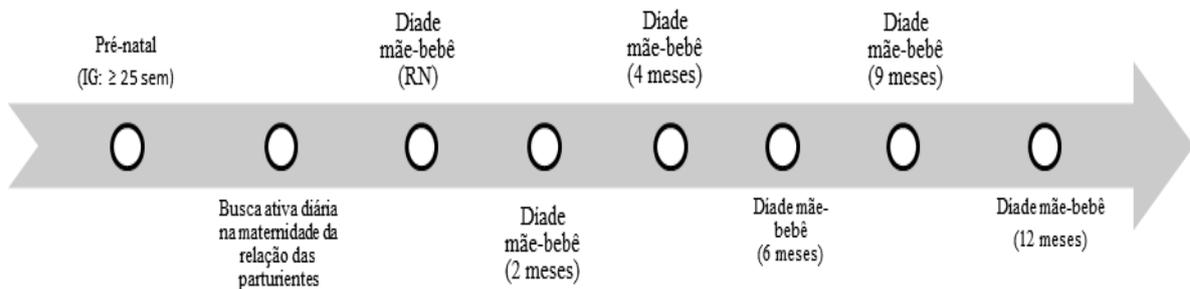
Em seguida foram realizados registros em vídeo de momentos interativos da mãe com o seu bebê recém-nascido até os doze meses posteriores e/ou doze meses de idade corrigida, no caso de prematuridade, com intervalos de dois e três meses entre os encontros (recém-nascido, dois, quatro, seis, nove e doze meses de idade), ou seja, em todos os encontros agendados foram filmados momentos interativos da díade mãe-bebê.

O vídeo do momento interativo da mãe com o recém-nascido foi realizado no ambiente hospitalar antes da alta ou no *Babylab* da Faculdade de Medicina da UFMG, após a

alta hospitalar. A mãe podia escolher o local onde se sentisse mais à vontade. A partir dos dois meses de idade os agendamentos foram realizados no *Babylab*.

Para cada encontro com a díade mãe-bebê foi disponibilizado um tempo de sessenta a noventa minutos, que compreendia o tempo necessário para a aplicação dos protocolos de triagem e avaliação do desenvolvimento, anamnese, anotações e filmagem. Foram agendados com cada díade após o nascimento seis encontros (recém-nascido, dois, quatro, seis, nove e doze meses de idade), sendo que em cada encontro foi realizada a filmagem de nove minutos de interação mãe-bebê, completando 54 minutos de filmagem para cada díade e **totalizando 2.700 minutos de vídeos analisados** das cinquenta díades acompanhadas longitudinalmente.

Figura 5 – Representação da Etapa 1 e da Etapa 2



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

4.3.3 Material de coleta e análise

4.3.3.1 Etapa 1

Irmag-R echelle escala de avaliação das representações maternas *IRMAG: Interview pour lês représentations maternelles pendant la grossesse*.⁵ Entrevista de Representações Maternas durante a Gravidez.⁵

A *Entrevista de Representações Maternas durante a Gravidez (IRMAG-R)* tem como principal objetivo explorar, na mulher que enfrenta a maternidade, o domínio das representações mentais que dizem respeito não somente a mulher como pessoa e mãe, mas também ao seu futuro filho, ao seu parceiro e a sua família de origem. Consiste em 41 perguntas e é preferencialmente administrado durante o último trimestre gestacional, levando-se em consideração que a presença do bebê já está bem definida na psique materna. A entrevista explora os seguintes aspectos:

- a) o desejo da maternidade na história pessoal da mulher e na história de seu parceiro;
- b) emoções pessoais, em relação ao casal e à família no anúncio da gravidez;
- c) emoções e mudanças no curso da gravidez na vida pessoal, do casal e no relacionamento com a própria mãe, assim como a perspectiva do parto;
- d) percepções, emoções e fantasias relacionadas ao bebê (feto);
- e) expectativas futuras quanto às características de si mesma como mãe e as características da criança;
- f) a perspectiva histórica da mãe em relação ao seu papel atual e com relação a sua experiência como filha.

A estrutura da entrevista considera tanto o conteúdo em relação aos dizeres das mulheres, quanto à sua estrutura narrativa. Em relação à estrutura narrativa são avaliadas: a riqueza das percepções, a abertura para mudar e flexibilidade, a intensidade do investimento, a coerência na estrutura, entre outras dimensões.⁵

Essa entrevista semiestruturada explora as representações maternas durante a gravidez, tanto na ausência como na presença de condições de risco. O padrão narrativo é explorado através de sete dimensões usando uma escala de 5 pontos (1-pobre, 2-limitado, 3-moderado, 4-considerável e 5-muito acentuada): riqueza de percepções, abertura para mudança, envolvimento afetivo, coerência, diferenciação, dependência social e riqueza de fantasias. O escore final categoriza as representações das mulheres em três padrões: bom (integradas/equilibradas), intermediário (reduzidas/desinvestidas) e ruim (não integradas/ambivalentes).

Integra este material logo após a entrevista o preenchimento pela gestante de cinco listas de adjetivos com base no modelo diferencial semântico, ou seja, cada uma das cinco listas apresentam dezessete características opostas. Em cada lista a gestante manifestava sua opinião ou impressão enfrentada na fase gestacional com relação a diferentes posições e vínculos afetivos (características individuais do bebê, características individuais de si mesma, características individuais do pai, características maternas de você mesma e características individuais de sua própria mãe).

Em seguida foram realizados registros em áudio de um momento interativo da mãe com o feto (terceiro trimestre gestacional). Todas as gestantes tiveram a oportunidade de ficarem três minutos em uma sala com total privacidade, ou seja, sozinha, com a porta fechada. Era explicado que teria um “tempo livre” para os dois (mãe-bebê).

No final de cada encontro duas escalas foram preenchidas pelo pesquisador/entrevistador: Escala da Depressão: *Echelle de Gravite de La Depression de Raskin*⁶ e Escala de Ansiedade: *Echelle de Gravite de L'Anxiete de Covi*.⁷

São escalas que compreendem características relacionadas a três itens: Tópicos do discurso, Comportamento e Queixas somáticas que são pontuados de acordo com a intensidade correspondente: Inexistente = 0, Baixo = 1, Médio = 2, Muito = 3, Enorme = 4. Ansiedade foi avaliada usando a escala COVI (pontuação máxima = 12; limiar para desordem = 6).⁷ A depressão foi avaliada usando a escala RASKIN (pontuação máxima = 12; limiar para desordem = 6).⁶

A *Escala de Ansiedade de Covi* apresenta as seguintes características observadas em cada item:

- tópicos do discurso (nervosismo, sentiu-se mal, agitação, assustada sem razão, tímida, tensa, “nó” – sentindo-se sufocada, evitando certos lugares, evitando certas condutas, dificuldade de concentração);
- comportamento (parece assustada, ansiosa, desconfortável, agitada);
- queixas somáticas (suando, tremendo, sensação de batimento cardíaco, taquicardia, opressão respiratória, sensação de calor ou frio, sono agitado, “nó no estômago”, “nó na garganta”).

A *Escala de Depressão de Raskin* apresenta as seguintes características observadas em cada item:

- tópicos do discurso (senti-se triste, sentimento de estar sem esperança, perda de interesse, ideias de morte, chora facilmente);
- comportamento (parece abatido, chora, fala suavemente, triste, inativa, sem energia);
- sintomas (insônia ou hipersonia, boca seca, história suicida recente, perda de apetite, dificuldade de se concentrar, perda de memória).

4.3.3.2 Etapa 2

4.3.3.2.1 Teste de Triagem de Desenvolvimento Denver II (TTDD II) / Denver Developmental Screening Test II (Denver-II)

Foi elaborado para que profissionais da área de saúde fizessem a triagem de desenvolvimento em crianças de **0 a 6 anos de idade**. É composto por 125 itens, divididos nas áreas: pessoal-social (comportamento social e pessoal), motor fino-adaptativo, linguagem e motor-grosso. O TTDD II é um teste de rastreamento de risco de desenvolvimento infantil mais utilizado no Brasil, sendo empregado também em diversos países.¹¹ Possui alta sensibilidade, sua padronização foi realizada por D Drachler, Marshall e Carvalho-leite.¹²

Para a aplicação desta triagem o pesquisador realizou uma capacitação em 2016 na Universidade de São Paulo (USP), *campus* Bauru.

4.3.3.2.2 Protocolo adaptado para avaliação de crianças de 2 a 24 meses – Protocolo Gordo

O Protocolo Gordo (Aspectos/Marcos de Desenvolvimento)¹ inclui anamnese, observação global do bebê, apreciação das respostas comportamentais a estímulos sonoros e pesquisa de reconhecimento e compreensão de fala de acordo com a idade da criança. Avalia os aspectos expressivos, receptivos, visuais, alimentação, interação social e auditivo. Este protocolo permite comparar as informações dadas pelo cuidador e as observadas pelo avaliador.

O Teste de Triagem de Desenvolvimento Denver II (TTDD II) de 0 a 6 anos e a Triagem auditiva de bebês de 2 a 24 meses (Protocolo Gordo) foram utilizados para realizar o acompanhamento do desenvolvimento dos bebês desde a fase recém-nascido até completarem 12 meses de idade com o objetivo de manter os critérios de inclusão no presente estudo.

4.3.3.2.3 Protocolo Preaut (Olliac *et al.*)

O Protocolo Preaut avalia a capacidade da criança de iniciar espontaneamente interações síncronas e alegres. A necessidade de identificar sinais de risco para transtornos do espectro do autismo precoce (TEA) exige o rastreamento precoce. O Protocolo Preaut foi validado na França.¹³ O Protocolo é

Oriundo do projeto PREAUT (Programme de Recherche et Evaluation sur l'Autisme), iniciado na França em 1998 e com participação atual de vários países, inclusive do Brasil. Por meio da aplicação deste exame, torna-se possível avaliar a capacidade do bebê em iniciar trocas. Quando alterado, o exame PREAUT pode predizer uma perturbação grave do desenvolvimento. O examinador deve ser submetido à capacitação específica para que possa aplicar o exame.¹⁴

De acordo com as recomendações de aplicação, este protocolo deve ser utilizado preferencialmente com bebês que completaram quadro meses de idade e depois com bebês que completaram nove meses de idade. No estudo atual ele foi preenchido nos encontros agendados com as díades quando o bebê apresentava quatro meses de idade cronológica e ou corrigida para os prematuros e reaplicado com nove meses de idade nos bebês que apresentaram escores com risco para alterações. As vídeosgravações foram analisadas quando necessário para esclarecer.

4.3.3.2.4 *Infant Behavior Questionnaire*

O *Infant Behavior Questionnaire* foi traduzido e adaptado com autorização dos autores Klein, Putman e Linhares.¹⁵ Aos nove meses de idade cronológica ou idade corrigida (para os casos de prematuridade) é preenchido o *Questionário sobre o Comportamento do Bebê-Revisado*. Trata-se de um questionário respondido pela mãe para avaliar o comportamento da criança. Ele descreve comportamentos das crianças em diversas situações específicas e solicitam julgamentos de frequência de emissão de tais comportamentos em um período recente, permitindo maior confiabilidade do relato dos pais. A pesquisa internacional tem crescentemente considerado o temperamento como uma variável pessoal relevante na trajetória de desenvolvimento da criança. Verificou-se que a abordagem teórico-conceitual mais adotada pelos estudos foi a abordagem psicobiológica de Rothbart.¹⁶ Este questionário encontra-se traduzido para o Português do Brasil por Klein, Putman e Linhares¹⁵ e disponível para o uso em pesquisa.

O relato dos pais para avaliação do temperamento tem como vantagem o fato de estes verem seus filhos em uma ampla variedade de situações, ética e logisticamente impossíveis de serem recriadas em situação artificial de laboratório. A validade convergente dos questionários de avaliação de temperamento respondidos pelos pais com as escalas de observação sistemática foi previamente constatada, constituindo uma medida objetiva substancial nestes instrumentos, que permitem englobar diferentes fatores e dimensões.¹⁶

Este questionário compreende 191 questões sobre o comportamento do bebê nas últimas duas semanas em diversas situações como durante o momento em que é alimentado, sobre a rotina para dormir e sobre seu sono, sobre a hora do banho, da troca de fraldas, sobre o despir-se e o vestir-se, sobre o interesse por brincadeiras, brinquedos favoritos, hábitos, reação nos momentos em que é contrariado, iniciativa para explorar o ambiente, socialização, percepção dos diferentes ambientes e estímulos auditivos, visuais, táteis e temperatura, interesses e preferências, atividades diárias, comportamento quando está irritado, cansado, alegre, com medo, reação diante de estranhos, pessoas familiares, quando está sozinho e diante de outro bebê, quando está rodeado de pessoas; interesse em se comunicar e de ser compreendido, quando precisa de ajuda ou quer algo e quando precisa ser acalentado.¹⁵

4.3.3.2.5 Vídeografações de situações interativas da díade mãe-bebê

Os vídeos com os bebês recém-nascidos foram realizados com o bebê no colo da mãe. Na faixa etária de dois aos quatro meses de idade, as filmagens foram realizadas com o bebê sentado no “bebê conforto” em postura inclinada com o apoio dorsal da própria cadeirinha. A mãe ficava posicionada em frente ao bebê. A partir dos seis meses de idade, os bebês podiam escolher entre ficarem sentados no “bebê-conforto” ou sentados no tapete, dependendo de onde manifestassem maior conforto e satisfação. Nesta fase, alguns já conseguiam sentar sem apoio e muitos manifestaram preferência em ficarem sentados no próprio tapete. As mães foram orientadas a permanecerem em frente ao seu filho. Com nove e doze meses de idade, todos os bebês ficaram sentados no tapete e não utilizaram a cadeirinha “bebê conforto”.

Nestes momentos foram analisadas as habilidades comunicativas da díade mãe-bebê em três momentos diferentes com duração de três minutos cada. Cada momento favoreceu um tipo de intermediação como a utilização de um objeto/brinquedo, uma cantiga cantada pela mãe e fala espontânea da mãe.

Os três momentos (brinquedo, cantiga e interação espontânea sem outro recurso) favorecem o brincar relacional dos bebês como descreve Golse: o brincar dos bebês é um processo que lhes permite de aceder à intersubjetividade, às modalidades de funcionamento triádico, à linguagem e à simbolização.¹⁷

Para a interação mediada pelo objeto foi escolhido um brinquedo maleável, um “cachorrinho”, que podia ser segurado facilmente pelo bebê e levado a boca. Seu material permitia ser higienizado.

A cantiga que era solicitada a mãe cantar foi o “Parabéns a você”, por se tratar de uma cantiga nacionalmente conhecida por todos e muito significativa e incentivada no primeiro ano de vida do bebê.

Todos os encontros foram filmados. Os vídeos dos momentos interativos foram codificados/analísados utilizando-se o seguinte material:

4.3.3.2.6 Coding Interactive Behavior

O *Coding Interactive Behavior* (CIB), em português, Codificação do Comportamento Interativo^{*3} é um sistema de classificação global de interação entre pais e filhos e/ou entre dois ou mais parceiros que inclui códigos de nível micro e escalas globais de classificação. Cada código é classificado de 1 (um pouco) a 5 (muito). Quarenta e dois códigos diferentes foram agrupados em várias características interativas.¹⁸

O CIB possui várias versões e mantêm a continuidade da codificação: para (a) recém-nascidos, (b) bebês (2 meses a 3 anos), (c) pré-escolares (3 anos a 7 anos), (d) crianças (7 anos a 12 anos), (e) adolescentes (12 anos e acima) e (f) adultos.

Neste estudo foi utilizada a versão para recém-nascidos e a versão para crianças de 2 a 36 meses. Trata-se de um sistema validado para codificar a interação mãe-bebê. Este método considera a “sincronia interacional”. “Sincronia é um complexo fenômeno que exige a percepção e compreensão dos sinais sociais e comunicativos e adaptação”.¹⁹

Para a utilização deste Sistema de Codificação do Comportamento Interativo é necessária impreterivelmente a realização de uma capacitação com a equipe de Feldman. Portanto para a concretização da utilização deste material de avaliação e análise foi necessária a realização de uma capacitação que o pesquisador principal deste estudo realizou em fevereiro de 2018 na cidade de Lille/França.

A versão do CIB de dois a trinta seis meses de idade compreende sete a oito características interativas que foram analisadas neste estudo atual da seguinte forma:

* Toda a fundamentação teórica sobre o instrumento de análise da interação da díade mãe-bebê (CIB), faz parte do material teórico e artigos científicos disponibilizados por Ruth Feldman e sua equipe^{18,20,32,43,44} como parte inicial dos estudos necessários para a realização do treinamento presencial para a capacitação.

- **sensibilidade materna** foi a média do reconhecimento materno de sinais interativos infantis, imitação do comportamento do bebê, tom adequado de voz / “manhês”, gama apropriada de afeto, desenvoltura ao lidar com o bebê, elaboração, olhar da mãe, afeto positivo, elogios ao comportamento do bebê, toque afetuoso, presença de suporte, entusiasmo e humor deprimido;
- **configuração limite dos pais** envolve consistência de estilo, persistência na tarefa e estrutura apropriada;
- **reciprocidade diádica** refere-se a regulação/adaptação da díade, a reciprocidade diádica e fluência (alfa de Chronbach = 0,965);
- **intrusividade materna** é a média de manipulação física inadequada, ansiedade materna, afeto / remorso materno negativo em direção ao bebê, hostilidade, críticas maternas ao comportamento do bebê, substituição e a interação conduzida pela mãe (o grau em que as interações eram julgadas pelas necessidades da mãe, ao invés das necessidades, ritmo e rotina ou hábitos do bebê) (alfa de Chronbach = 0,867);
- **envolvimento do bebê** é a elaboração das vocalizações e dos movimentos do bebê, iniciativa do bebê, competência para explorar o ambiente, o olhar direcionado do bebê/atenção conjunta, o afeto positivo do bebê para com a mãe, o afeto e o olhar infantil direcionado à mãe, nível de alerta e fadiga e , jogo simbólico e afeto de conteúdo positivo (alfa de Chronbach = 0,72);
- **a evasão infantil** é a média do comportamento de evitação da criança em relação à mãe, o grau em que a criança não estava envolvida, não participou e se desligou, a labilidade emocional (Alfa de Cronbach = 0,793);
- **estado negativo diádico** é a média de afeto / raiva negativa materna, o comportamento de hostilidade da mãe, o afeto emocional negativo da criança, a constrição da díade e a expressão de tensão e constrição. (alfa de Chronbach = 0,793);
- **complacência/condescendência/conformidade do bebê** envolve o quanto o bebê colabora com a mãe, o quanto ele depende da ajuda da mãe e persiste na mesma tarefa.¹⁸

O CIB é um Sistema de Classificação Global para analisar interações sociais entre dois ou mais parceiros sociais. É um sistema de classificação existente para interações sociais que tem boas propriedades psicométricas, incluindo validade preditiva, validade de constructo ou

confiabilidade test-retest em estudos longitudinais desde a infância até a adolescência, que utiliza os mesmos construtos para interações sociais ao longo da vida útil, de recém-nascidos para adultos.²⁰

O sistema de codificação CIB foi validado em muitos estudos de crianças saudáveis e de alto risco que sofrem de uma série de psicopatologias. Estes incluem condições relacionadas a distúrbios biológicos da criança (prematuridade, PIG, doenças genéticas), distúrbios emocionais (distúrbios alimentares, transtorno do espectro autista, crianças encaminhadas à clínica com múltiplos transtornos do Eixo-I, etc.), condições de risco materno (depressão materna, ansiedade) e risco contextual (pobreza, transtorno de estresse pós-traumático, encarceramento parental). Pode ser usado em múltiplos contextos de observação (maternidade, paternidade, interações familiares, brincadeiras, alimentação, laboratório doméstico, amizades, etc). A análise adapta à variabilidade cultural nos códigos CIB e enfatiza a especificidade da cultura versus a universalidade de interações entre pais e filhos.²⁰

Considerando as interações durante o primeiro ano, de sete a oito características podem ser extraídas das escalas CIB: **Sensibilidade dos pais, Intrusividade dos pais, Configuração-limite dos pais, Envolvimento social da criança, Comportamento de retirada da criança, Emocionalidade negativa infantil, Condescendência/conformidade da criança, reciprocidade diádica e Estados negativos diádicos.**¹⁸ Todas as características encontradas foram consideradas adequadas, com excelente consistência interna (alfa = 0,72 a 0,95) em todas as amostras. Informação psicométrica: o CIB tem sido utilizado para avaliar a mãe, criança, pai-filho e interações cuidador-criança em inúmeras amostras. Foi aplicado em uma variedade de amostras normativas e em risco em laboratórios em todo o mundo. Além disso, foram encontradas correlações entre as características avaliadas pelo CIB e as características teoricamente relacionadas derivadas de outras microanálises e esquemas globais de codificação (por exemplo, Tronick e Brazelton,²¹ Gudeney,²² e Feldman.²⁰ A validade preditiva foi demonstrada em vários estudos. A confiabilidade test-retest foi demonstrada em uma amostra de duzentas e dez crianças observadas nas idades recém-nascidos, três, seis e vinte quatro meses de idade, com média a altas correlações entre constructos ao longo das idades. Codificação: cada código comportamental é codificado em uma escala de 5 pontos.¹⁸

Cada característica observada e analisada nas interações possui várias variáveis que são codificadas, como por exemplo, em **Sensibilidade dos Pais**, será observado na situação de interação as variáveis Reconhecimento, Imitação (apenas no primeiro ano), Elaboração, Olhar dos Pais/Atenção Conjunta, o Afeto Positivo, a Adequação Vocal, a Amplitude

Apropriada do Afeto, a Experiência dos Pais, a presença de Elogios, o Toque Carinhoso, a Presença Paternal de Suporte/Apoio, o Humor Deprimido dos Pais e o Entusiasmo dos Pais (Figura 4).¹⁸

Considerando a centralidade do comportamento no desenvolvimento das crianças, pode-se afirmar que é de grande importância formar uma linguagem e desenvolver ferramentas científicas sistemáticas para a observação do comportamento parental levando-se em conta as idades, culturas e adultos interagentes. Assim, torna-se possível diferenciar o desenvolvimento saudável do patológico e monitorar os efeitos da intervenção. Por várias décadas, os pesquisadores têm procurado maneiras científicas de categorizar o comportamento dos pais, especialmente durante o primeiro ano de vida.²⁰

O objetivo desses estudos foi capturar o estilo “sensível”, “responsivo” e “mutuamente adaptativo” dos pais, que é propício para o crescimento emocional e social da criança e definir os desvios desse estilo ideal em várias formas de psicopatologia. Estudos têm tipicamente observado interações livres mãe-bebê (ou menos frequentemente interações pai-bebê) em casa ou em um ambiente de laboratório para avaliar o estilo parental natural que fornece o “ambiente” para o desenvolvimento infantil.¹⁸ Dois tipos de codificação foram aplicados para abordar aspectos do comportamento parental, códigos micro analíticos e escalas globais de classificação. A codificação micro analítica inclui um conjunto de comportamentos discretos, como o olhar dos pais para o bebê, vocalizações “manhês” (fala direcionada ao bebê), toque parental ou expressões faciais. A **aparência** de cada comportamento é marcada para cada pequeno segmento de tempo.¹⁸ A codificação contabiliza toda a interação como frequências (número de vezes em que um comportamento ocorreu, por exemplo, o número de vezes que o pai tocou o bebê com carinho) ou proporções (porcentagem de tempo de toda a interação em que esse comportamento aparece, por exemplo, proporção de tempo em que o pai expressou afeto positivo).¹⁸ As escalas de avaliação, por outro lado, foram codificadas para toda a sessão em uma escala Likert, muitas vezes abordam aspectos mais globais da interação e podem ser mais avaliadoras da qualidade da interação, usando construtos como **responsividade, intrusividade ou reciprocidade**.¹⁸

Essas escalas globais seguem a tradição de Ainsworth e seu uso da classificação global da sensibilidade materna, característica fundamental do ambiente que promove a segurança do apego da criança.²⁰

O CIB é como uma janela para o estudo do comportamento dos pais desde a infância até a adolescência¹⁸. O CIB foi desenvolvido há mais de uma década e desde então tem sido

usado em vários estudos. Os resultados desses estudos lançaram luz sobre o desenvolvimento da parentalidade.²⁰

A análise envolve:

- a) **nível de observação:** o sistema CIB utiliza múltiplas escalas discretas, que são primeiro codificadas e depois resumidas em constructos de ordem superior. O sistema mantém tanto as escalas discretas quanto os constructos globais para permitir diferentes níveis de observação que podem ser usados para responder a questões empíricas específicas e para avaliar como múltiplos aspectos do comportamento se encaixam em constructos de ordem superior sob diferentes condições, tais como idade, cultura ou patologia;²⁰
- b) **alvo de observação:** a maioria das pesquisas anteriores sobre interação mãe-bebê enfocou o comportamento da mãe, provavelmente devido ao foco da “teoria do apego” nas contribuições maternas ao desenvolvimento. O sistema CIB considera o comportamento tanto no nível dos indivíduos quanto no nível da díade ou da tríade em interação.²⁰ O alvo da análise, portanto, primeiro examina os comportamentos separados de cada indivíduo (adulto e criança). Em seguida, o alvo da análise muda dos comportamentos de cada parceiro para os comportamentos da díade em interação e a codificação aborda as características organizacionais do sistema diádico.^{18,23} Nos casos em que as interações ocorrem entre mais de duas pessoas - tipicamente mãe, pai e filho ou uma família inteira - o alvo da observação muda novamente de indivíduos e díades para o sistema familiar como um todo, consistente com perspectivas sobre o desenvolvimento de sistemas familiares;^{24,25}
- c) **estrutura de observação:** toda interação consiste em componentes que descrevem seu “conteúdo” e componentes que descrevem sua “forma”. O conteúdo se refere a comportamentos relacionais específicos de cada parceiro, por exemplo, “afeto positivo dos pais” ou “vocalizações infantis”. Esses códigos são baseados em comportamentos discretos que sempre aparecem de certa maneira, avaliam comportamentos dentro de uma modalidade específica e podem ser facilmente avaliados com base na frequência e duração de sua ocorrência.²⁰ Códigos relacionados à forma tipicamente consideram aspectos mais sutis e fundamentais da interação, tais como “intromissão dos pais”, “iniciação infantil” ou “reciprocidade diádica”. Esses códigos podem aparecer em várias modalidades e seu nível geralmente depende da resposta do parceiro da interação (por exemplo, certos

comportamentos maternos podem ser classificados como intrusivos em uma determinada cultura e não em outra), e seu papel é descrever a organização subjacente da interação à medida que ela se desdobra.²⁰ Os códigos independentes do CIB são agregados em oito **construtos** de ordem superior. Esses construtos são baseados em teoria e pesquisa no campo do desenvolvimento infantil social. Os três construtos adultos são **sensibilidade, intrusividade e estabelecimento de limites**; os três construtos da criança são de **engajamento/envolvimento, retirada e conformidade**; e os dois construtos diádicos são **reciprocidade diádica e estados negativos diádicos**. Códigos adicionais estão disponíveis para temas específicos que aparecem na brincadeira da criança, para o nível do jogo simbólico da criança, para as interações de alimentação, e para o afeto negativo materno e infantil e esses construtos podem ser usados em certas amostras baseadas no objetivo da pesquisa em questão. Cada construto é construído sobre uma mistura de códigos relacionados para “conteúdo” e códigos relacionados à “forma”. Similarmente, cada construto inclui códigos que são considerados centrais para este construto em qualquer idade ou cultura e códigos que podem ser parte do construto em alguns pontos do desenvolvimento, mas não em outros, ou em alguns contextos culturais, mas não em outros. Por exemplo, “reconhecimento dos pais” é um componente fundamental na característica “sensibilidade dos pais” em qualquer interação em qualquer idade, enquanto “toque afetivo dos pais” pode ser um componente mais importante da sensibilidade em algumas culturas e o código “imitação dos pais” é um componente do construto de sensibilidade nos primeiros meses de vida, mas não depois disso.^{18,20}

O processo de desenvolvimento, o comportamento social de bebês e de crianças pequenas muda drasticamente durante os primeiros anos de vida: desde os escassos momentos de atenção do recém-nascido até o envolvimento não verbal do bebê, até a construção de cenários de brincadeiras complexas em idade pré-escolar ou resultados verbais complexos do adolescente. O comportamento paternal, portanto, contém componentes significativos ao longo das idades e códigos que são específicos para, ou tornam-se salientes em uma determinada janela de tempo, e servem a um objetivo de desenvolvimento específico durante esse período. Por exemplo, durante o estágio de três a seis meses, os pais tendem a mover e manipular os braços e os pés do bebê, balançar o bebê para uma posição sentada ou jogar o bebê no ar.²⁰ Essas formas estimulantes de toque estimulam os sistemas fisiológicos da

criança e criam coerência entre vários canais não-verbais de comunicação, como afeto positivo, vocalizações, olhar e toque.²⁶ Durante as interações mãe-filho nas sociedades ocidentais, esses padrões diminuem significativamente ao longo do segundo semestre de vida, e nos casos em que a manipulação física é observada além do primeiro ano, deve-se considerar os distúrbios no relacionamento.²⁰ No entanto, durante as interações entre pai e filho, a manipulação física e a brincadeira “grosseira” podem ser observadas em toda a infância, pré-escola e até mesmo além, pensa-se que o envolvimento físico da criança promove o vínculo pai-filho.^{26,27} Da mesma forma, em sociedades mais tradicionais, a manipulação física entre pai e filho é o modo de parentesco culturalmente aceito, particularmente com os filhos. Por exemplo, constatou-se que a manipulação física do pai e o comportamento “intrusivo” nos estágios do bebê e da criança predizem a competência social infantil mais elevada no ambiente de puericultura entre as crianças palestinas, enquanto padrões intrusivos similares previam menor competência social em crianças israelenses,^{18,28} indicando que os componentes promotores do crescimento em uma cultura podem ser contraproducentes em outra.

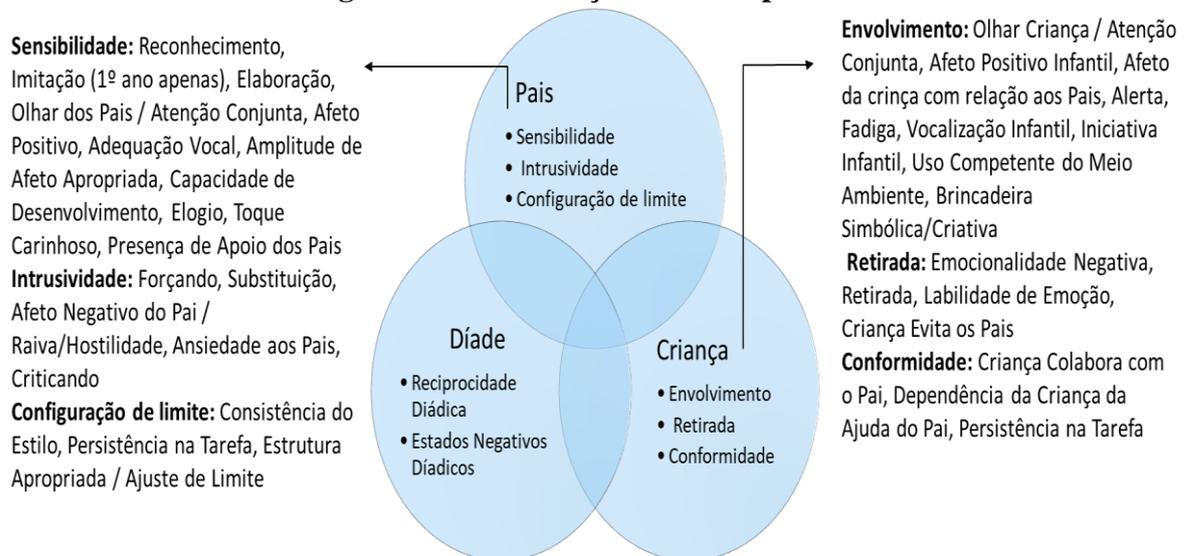
Semelhante a diferenças relacionadas a contextos culturais e adultos interagentes há comportamento parental que pode não ser observado antes de certa idade. Por exemplo, os comportamentos relacionados à adesão da criança e ao estabelecimento do limite parental, à atenção conjunta e à persistência na tarefa da criança são observados pela primeira vez no final do primeiro ano e ganham significado apenas como vetores importantes do comportamento social dos pais e da criança, durante o segundo ano.²⁰ Os códigos que tratam do jogo simbólico criativo da criança ou o uso competente do ambiente tendem a se tornar um aspecto significativo da interação durante o segundo ano de vida, juntamente com o amadurecimento dos símbolos e a consolidação da ação intencional.²⁹⁻³¹ A esse respeito, a divisão do comportamento parental em códigos que descrevem “conteúdo” e aqueles que descrevem “forma” pode ser útil. Enquanto o “conteúdo” da interação pode mudar através do desenvolvimento, em termos da aparência ou desaparecimento de comportamentos específicos ao longo do amadurecimento das habilidades cognitivas, motoras e sociais, as características organizacionais da interação, os códigos que descrevem sua forma, provavelmente terão significado em todo o desenvolvimento, embora os níveis de características formais específicas possam mudar com a idade. Por exemplo, seguindo a trajetória do constructo de sensibilidade materna em seis momentos do nascimento até cinco anos, verificou-se que a sensibilidade mostrava uma trajetória curvilínea, com aumentos rápidos durante o primeiro semestre, uma diminuição a partir de então e um patamar de dois a

cinco anos de idade.³² Ao avaliar o comportamento dos pais como o “ambiente” das crianças, pode ser útil considerar comportamentos relacionais em cinco estágios de desenvolvimento social, do estágio do recém-nascido à adolescência, e examinar o repertório único do comportamento social dos pais e filhos em cada estágio.

O recém-nascido socialmente orientado e o repertório materno pós-parto. O primeiro mês pós-parto (ou seis semanas) é um período único de “transição bio-comportamental”,³³ quando as funções homeostáticas e autorregulatórias do recém-nascido e os ciclos de cuidados previsíveis começam a se consolidar.³⁴ Nesta fase, os bebês estão começando a se orientar para o mundo social. Consistente com o trabalho sobre o comportamento materno em mamíferos³⁵ e perspectivas teóricas sobre a formação de vínculo,³⁶ as observações dos pais e recém-nascidos devem se concentrar no desdobramento dos comportamentos específicos da espécie que sustentam os pais e o vínculo infantil. Nesta fase, o CIB tem um esquema de codificação em micro nível único que utiliza uma abordagem de amostragem de tempo para avaliar comportamentos parentais típicos da mãe no período pós-parto, incluindo diferentes formas de toque afetivo e funcional, tipos de vocalizações (“manhês”), expressões afetivas e direção do olhar, bem como o estado infantil e o olhar. Das escalas de classificação típicas do CIB, as únicas aplicáveis a essa idade são a adaptação materna, a intromissão materna, o afeto positivo materno e o estado de alerta da criança. As interações alimentares começam a tomar forma como um contexto central para o vínculo mãe-bebê emergente e servem como uma importante função para o desenvolvimento da relação alimentar e o sistema CIB para recém-nascido possui uma versão especial para interação alimentar que também considera a robustez da alimentação infantil e a natureza do comportamento alimentar da mãe.³⁷ Entre as idades de três e doze meses, começando com o surgimento da comunicação face a face e até os primeiros sinais do uso do símbolo, as crianças estão na fase mais social da vida.³⁸ Padrões relacionais em várias modalidades, como olhar, afeto, voz, toque, posição de proximidade, orientação corporal e indicadores de excitação, consolidam-se em configurações de comportamentos específicos de idade, pais e filhos começam a adaptar-se ao ritmo e ritmos um do outro.²³ Comportamentos específicos tornam-se marcadores de interações sociais nesse estágio. Os pais expressam o afeto positivo e o olhar contínuo, emitem vocalizações agudas “manhês”, reconhecem e elaboram os sinais do bebê em várias modalidades interativas e participam de jogos ritualísticos recíprocos. Ao mesmo tempo, os pais desenvolvem uma série de expressões afetivas, tornam-se engenhosos em lidar com o humor e as necessidades em mudança da criança e formam um estilo consistente de relacionamento.²³ Os bebês demonstram comportamentos sociais concretos, como olhar para o rosto dos pais,

vocalizações sociais, sinais de afeto positivo, atenção e exuberância e formas iniciais de toque afetivo. Durante o segundo semestre, os bebês começam a iniciar as interações sociais e o estilo diádico de interação é marcado pela reciprocidade, pela adaptação mútua e por uma fluência e ritmo “dançantes”. Esses primeiros padrões face-a-face são críticos para a formação dos circuitos cerebrais sociais³⁹ e foram encontrados para predizer uma série de resultados positivos, incluindo o desenvolvimento de autorregulação, habilidades simbólicas e empatia.²³ Da mesma forma, condições patológicas - sejam decorrentes da mãe (por exemplo, depressão pós-parto), da criança (por exemplo, prematuridade) ou do contexto (por exemplo, pobreza, trauma relacionado à guerra) - são expressas em rupturas específicas à troca diádica neste estágio.²⁰

Figura 6 – CIB Relação dos Componentes



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Feldman.¹⁸

4.3.3.2.7 Dados secundários

Para caracterizar a amostra estudada e identificar variáveis perinatais, obstétricas e socioeconômicas relacionadas ao desenvolvimento neuropsicomotor, dados secundários foram extraídos dos prontuários e de questões feitas aos pais e cuidadores:

- variáveis perinatais: Peso de nascimento; IG; Sexo; Apgar no 5º minuto; Tempo de internação e Intercorrências (Cirurgias; Doença da Membrana Hialina (DMH), Suporte Ventilatório; Infecção/Sepse; Retinopatia (ROP); Enterocolite necrosante (NEC); Displasia broncopulmonar (DBP); HPIV grau I ou II; Convulsão);

- variáveis obstétricas: Paridade; Número de gestações; Número de abortos; Número de consultas de Pré-Natal; Tipo de parto; Intercorrências na gestação;
- variáveis socioeconômicas: Nível socioeconômico, escolaridade dos pais, situação conjugal, religião, etilismo, dependência química, idade dos pais e ocupação dos pais.

Quadro 1 – Representação de todos os instrumentos de análise Etapa 1

Etapa 1: Pré-Natal	Referência
Dados Secundários	-
IRMAG-R echelle	<i>Interview pour les représentations maternelles pendant la grossesse</i> ⁵ e Escalas
Interação/Áudio	Referência
Escala da Depressão	<i>Échelle de Gravité de La Dépression de Raskin</i> ⁶
Escala de Ansiedade	<i>Échelle de Gravité de L'Anxiété de Covi</i> ⁷

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Quadro 2 – Representação de todos os instrumentos de análise da Etapa 2

Etapa 2: Pós-Natal	Referência
Dados Secundários	-
Teste de Triagem de Desenvolvimento Denver II (TTDD II)	Drachler, Marshall e Carvalho-leite ⁹ e Leão <i>et al.</i> ¹⁰
Exames audiológicos e Avaliação do Comportamento Auditivo	Triagem auditiva Neonatal Universal (TANU) ⁸
Protocolo Gordo	Protocolo adaptado para avaliação de crianças de 2 a 24 meses ¹
Protocolo PREAUT	Olliac <i>et al.</i> ¹³
Questionário sobre o Comportamento do Bebê – Revisado	Klein, Putman e Linhares ¹⁵
Codificação do Comportamento Interativo “CIB”	Feldman ¹⁸

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

4.4 Cálculo Amostral

Amostra (Casuística): 50 gestantes, divididas em dois grupos:

- a) Grupo 1: composto por 25 gestantes participantes do pré-natal do Centro de Medicina Fetal (CEMEFE HC/UFMG), cujos fetos foram previamente diagnosticados com alguma anomalia estrutural como exemplo uropatias, gastrosquise e onfalocele sem malformações associadas, com cariótipos normais;
- b) Grupo 2: grupo controle- composto por 25 gestantes, cujos fetos não apresentaram nenhuma anomalia estrutural, participantes do pré-natal do Hospital das Clínicas-UFMG/MG. O acompanhamento da díade mãe-bebê teve continuidade durante o primeiro ano de vida do bebê.

4.5 Análise Estatística

As análises foram realizadas ao nível de significância de 0,05 e o software SPSS 18. A normalidade da distribuição das variáveis numéricas foi verificada pelo teste Shapiro Wilk. As variáveis numéricas que não apresentaram distribuição normal gaussiana foram expressas em termos de mediana, primeiro e terceiro quartil. E as variáveis numéricas que apresentaram distribuição normal gaussiana foram expressas em termos de médias e desvio padrão. As variáveis categóricas foram expressas em termos de frequências e porcentagens.

Na análise de associação entre duas variáveis, para a comparação das médias das variáveis com distribuição normal gaussiana entre 2 grupos independentes aplicou-se o teste paramétrico t-student. Na comparação de medianas das variáveis sem distribuição normal gaussiana entre 2 grupos independentes aplicou-se o teste não paramétrico de Mann Whitney. E para verificar a hipótese de associação entre as variáveis categóricas com os grupos aplicou-se o teste Qui-quadrado de Pearson ou o Teste Exato de Fisher. O valor residual ajustado foi usado como referência para indicar qual classe das variáveis está associada a um dos grupos. Aplicou-se o teste MANOVA para comparar as médias entre diversas variáveis de resposta entre dois grupos independentes.

4.5.1 Metodologia de Análise de Dados

Os áudios e vídeos foram gravados e armazenados imediatamente em um banco de dados comum e disponível somente aos participantes principais da pesquisa para evitar que qualquer gravação fosse desviada a outros fins. Os dados coletados (imagens e áudio das díades mães-bebês) foram analisados através de programas específicos para o tratamento de vocalizações, movimentos, expressões da mãe e do bebê.

Todos os resultados foram lançados em planilhas Excel para análise. O suporte para o tratamento estatístico dos dados foi feito da seguinte forma: foram calculadas as médias, o respectivo desvio padrão e o coeficiente de variação para cada variável estudada. Em seguida foi conduzida uma comparação entre os grupos e, para cada comparação, foi investigado se a diferença entre as médias é estatisticamente significativa, utilizando-se a análise de variância (Teste F e Fisher-Snedecor). O nível de significância utilizado foi de 5% ($p < 0,05$). Foram observadas todas as variáveis relevantes. Houve a construção de análises estratificadas, para que ocorresse a comparabilidade dos grupos, criou-se subgrupos homogêneos.

De acordo com a análise estatística descritiva geral este estudo não possui distribuição normal para a variável idade gestacional. Portanto considera-se a mediana. Testes não paramétricos são indicados para estudos sem distribuição normal. Para o primeiro instrumento de análise (*Irmag-Rechelle* escala de avaliação das representações maternas IRMAG: *Interview pour les représentations maternelles pendant la grossesse*⁵ foi utilizado o teste *Qui-quadrado de tendência linear*, porque há uma gradação, ou seja, diferentes intensidades de 1 a 5 pontos (Pobre, Limitado, Moderado, Considerável e Muito Acentuado), o teste *Linear by-Linear Association* e o *Fisher's Exact Test*. Foi realizada também a análise categórica da frequência para cada item avaliado e pontuado com relação as representações “dela mesma como mãe (A1 a A7)” e com “relação ao feto (B1 a B7)”: A1 e B1- Riqueza das Percepções, A2 e B2- Abertura para mudar e flexibilidade de auto representações como mãe, A3 e B3- Intensidade do investimento, A4 e B4 - Coerência, A5 e B5 - Diferenciação da auto representação, A6 e B6 - Dependência social, A7 e B7 - Emergência das fantasias.

Para a análise da Escala Depressão: *Echelle de Gravité de La Dépression de Raskin*⁶ e Escala de Ansiedade: *Echelle de Gravité de L'Anxiété de Covi*⁷ com base na soma da mediana foi realizada a análise numérica com a utilização do teste Man-Whitney e foi realizada a análise de cada item (Discurso, Comportamento e Sintomas) observado e pontuado em separado.

Para a análise do áudio do momento interativo da díade mãe-bebê (gestante-feto) na fase gestacional utilizou-se o teste de Mann Whitney.

Todos os audíos e videos dos participantes foram obtidos mediante autorização expressa e por escrito para captação e utilização de imagens pessoais.

Os áudios e vídeos foram armazenados por cinco anos, com acesso restritivo aos pesquisadores em arquivos protegidos por senha e após esse prazo, serão destruídos pelo pesquisador.

O cálculo amostral baseou-se nos dados da literatura: vinte cinco (25) gestantes em cada grupo^{19,40-42} e um estudo piloto foi realizado a partir de quinze (15) gestantes em cada grupo, ou seja, quando completou quinze gestantes entrevistadas em cada grupo.

Inicialmente estimava-se um aumento de 20% para o grupo estudo por se tratar de quadros que necessariamente fariam o acompanhamento ambulatorial no HC/UFMG e para o grupo controle estimava-se um aumento de duas vezes o número por se tratar de quadros de desenvolvimento típico, portanto com maior probabilidade de perdas.

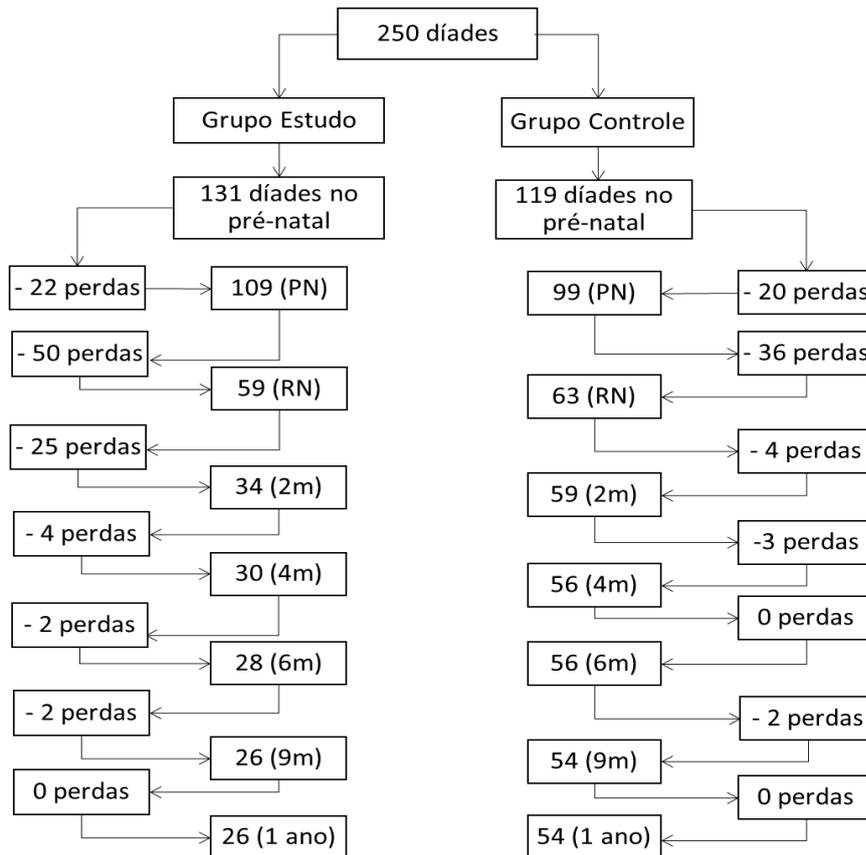
4.5.1.1 Desfecho Primário

Espera-se que a díade mãe-bebê com alguma anomalia estrutural apresente maior vulnerabilidade para problemas de interação, e que o presente estudo possa contribuir para um melhor entendimento neste campo do conhecimento. Ao contrário de outros estudos as pesquisas longitudinais com bebês possuem um protocolo bem definido de sua relevância considerando o afinilamento da amostra ao longo do acompanhamento. O presente estudo teve início após sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 548.79816.0.0000.5149/ Data de início: **30/03/2016**) (Anexo A), portanto a primeira etapa (Etapa 1) compreende a coleta de dados do período pré-natal que iniciou em abril de 2016 e encerrou em dezembro de 2017. A data de encerramento da coleta de dados da primeira etapa seguiu o cronograma de encerramento da coleta de dados da segunda etapa, considerando que os últimos bebês acompanhados deveriam completar 12 meses de idade até dezembro de 2018. Esta primeira etapa foi concluída com o 250 gestantes convidadas, ou seja, foi realizado o convite à 250 gestantes, 232 aceitaram participar do estudo (assinaram o TCLE), 208 realmente interessaram-se, gravaram o áudio do momento interativo mãe-feto e concluíram a primeira etapa inicial do estudo que corresponde à coleta de dados da Fase Pré-Natal (Etapa 1). Quanto à segunda etapa (Etapa 2) que compreende a coleta de dados do período pós-natal, 122 díades mãe-bebê participaram da situação interacional com o recém-nascido, 93 díades mães-bebê com 2 meses, 86 díades mães-bebê com 4 meses, 84 díades mãe-bebê com 6 meses, 80 díades mãe-bebê com 9 meses e 80 díades mãe-bebê com 12 meses de idade. Considerando a análise das díades acompanhadas até o final de dezembro de 2018, ou seja, até os últimos bebês completarem 12 meses de idade em dezembro/18 tem-se um total de 80

díades acompanhadas, sendo 26 díades do PNMEFE, 54 díades do PNHC (33 díades do PNRH e 20 díades do PNAR, 1 díade do PNRA).

A Figura 7 e o Quadro 3 representam a quantidade de díades acompanhadas até a conclusão da coleta de dados.

Figura 7 – Relação do número de díades acompanhadas por grupo



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Quadro 3 – Número de díades acompanhadas em cada etapa

Díades em acompanhamento		Díades perdidas ou excluídas	
12 meses	80	12 meses	0
9 meses	80	9 meses	0
6 meses	84	6 meses	4
4 meses	86	4 meses	2
2 meses	93	2 meses	7
RN	122	RN	29
Feto	208	Feto	86
pré-natal	250	pré-natal	42

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Do total de 250 díades convidadas a participarem do estudo, **42** díades foram perdidas ou excluídas na primeira etapa do estudo (**18** díades recusaram-se a participar do acompanhamento, alegaram diferentes motivos, como residirem em cidades muito distantes de Belo Horizonte, dificuldade de trazerem o filho aos encontros, por causa do trabalho e a presença de outros filhos e ao momento de muita incerteza com relação às condições de saúde do futuro bebê e **24** díades não conseguiram concluir o material de coleta da fase pré-natal antes do parto, porque não gravaram o áudio do momento interativo da díade mãe-feto). Das **86** díades que não deram continuidade ao acompanhamento na fase recém-nascido, 19 foram devido ao fator distância; 7 devido ao óbito do bebê e 1 ao óbito da mãe; 24 devido ao fato de o bebê apresentar quadro clínico compatível com os critérios de exclusão deste estudo; 35 desistiram e ou faltaram aos encontros previamente agendados. **Das 29 díades** que não deram continuidade ao acompanhamento com 2 meses de idade, 9 foram devido ao fator distância, 12 desistiram e ou faltaram aos encontros previamente agendados, 8 devido ao fato de o bebê apresentar quadro clínico compatível com os critérios de exclusão deste estudo. **Das 7 díades** que não deram continuidade ao acompanhamento com 4 meses de idade, 4 desistiram e ou faltaram aos encontros previamente agendados, 3 devido ao fato de o bebê apresentar quadro clínico compatível com os critérios de exclusão deste estudo. **Das 2 díades** que não deram continuidade ao acompanhamento com 6 meses de idade, uma porque faltou ao encontro previamente agendado e uma devido ao fato de o bebê apresentar quadro clínico compatível com os critérios de exclusão deste estudo. **Das 4 díades** que não deram continuidade ao acompanhamento com 9 meses de idade, 1 desistiu e ou faltou ao encontro previamente agendado, 3 devido ao fato de o bebê apresentar quadro clínico compatível com os critérios de exclusão deste estudo. Do encontro com 9 meses de idade para o encontro com 12 meses de idade a quantidade de díades em acompanhamento se manteve, não houve nenhuma perda. Portanto este estudo contou com a conclusão do acompanhamento longitudinal de 80 díades, cujos bebês completaram 12 meses de idade cronológica ou idade corrigida para os prematuros e foram acompanhados desde a sua fase gestacional.

A intenção inicial do estudo era concluir com uma amostra de 50 díades. Devido ao tempo que demanda a aplicação de todos os instrumentos de análise utilizados optou-se pela análise de 50 díades (25 díades do grupo estudo e 25 díades do grupo controle) como foi proposto no projeto inicial e a análise das díades excedentes será objeto de um futuro estudo de pós-doutorado.

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo, de caráter longitudinal, teve início após sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 548.79816.0.0000.5149/ Data de início: 30.03.16). Para a realização do estudo foi obtida a autorização do Instituto Jenny de Andrade Faria (Atenção à Saúde do Idoso e da Mulher) HC/UFMG, dos Departamentos de Fonoaudiologia e Unidade Funcional de Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia. Todos os participantes foram informados acerca dos objetivos e procedimentos realizados na pesquisa e foram incluídos após o consentimento livre e esclarecido (Apêndices A e B).

Todos os áudios e vídeos dos participantes foram obtidos mediante autorização expressa e por escrito para captação e utilização de imagens pessoais.

Os áudios e vídeos serão armazenados por cinco anos, com acesso restritivo aos pesquisadores em arquivos protegidos por senha e após esse prazo, serão destruídos pelo pesquisador.

REFERÊNCIAS

1. Gordo A, Parlato EMO, Azevedo MF, Guedes ZCF. Triagem Auditiva em Bebês de 2 a 12 Meses. *Pró Fono R. Atual. Cient.* 1994; 6(1): 7-13.
2. Cabral ACV. *Medicina Fetal: O feto como paciente.* Belo Horizonte: Coopmed; 2005.
3. Leijser LM, Vries LS, Cowan FM. Using cerebral ultrasound effectively in the newborn infant. *Early Human Development.* 2006;82(12):827-35
4. Leijser LM, Vries LS, Rutherford MA, Manzur AY, Groenendaal F *et al.* Cranial Ultrasound in Metabolic Disorders Presenting in the Neonatal Period: Characteristic Features and Comparison with MR Imaging. *American Journal of Neuroradiology,* 2007;28(7):1223-1231.
5. Ammaniti MCC, Pola M, Tambelli R. *Maternité et grossesse, étude desreprésentations maternelles.* Paris: Presses Universitaires de France; 1999.
6. Raskin A, Crook T. Sensitivity of rating scales completed by psychiatrists, nurses and patient to antidepressant drug effects. *J. Psychiatr Res.* 1976; 13(1):31-41.
7. Covi L. New Concepts and Treatments for anxiety. *Md. Med. J.* 1986; 35(10):821.
8. Azevedo MF, Vilanova LCP, Vieira RM. *Desenvolvimento Auditivo de Crianças Normais e de Alto Risco.* São Paulo: Plexus Editora; 1995.
9. Drachler ML, Marshall T, Carvalho-Leite JC. A continuous- scale measure of child development for population- based epidemiological surveys; a preliminary study using Item Response Theory for the Denver Test. *Paediatr Perinat Epidemiol .*2007; 21(2): 138-53.
10. Leão E, Corrêa EJ, Mota JAC, Vasconcellos MC. *Pediatria Ambulatorial.* 5nd ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2013.
11. Santos RS, Araújo APQC, Porto MAS. Diagnóstico precoce de anormalidades no desenvolvimento em prematuros: instrumento de avaliação. *J Pediatr.*2008; 84(4):289-99.

12. Drachler M.L, Marshall T, Carvalho-Leite JC. A continuous- scale measure of child development for population- based epidemiological surveys; a preliminary study using Item Response Theory for the Denver Test. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007; 21: 138-53.
13. Olliac B, Crespín G, Lazni MC, Oussama CIEG, Sarradet JL, Colette B *et al.* Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. *PLoS ONE*. 2017; 12(12):e0188831
14. Crespín GC, Parlato-Oliveira E. O Projeto PREAUT. In: Jerusalinsky A, editors. *Dossiê autismo*. São Paulo: Instituto Languagem; 2015. p.436-455.
15. Klein VC, Putnam SP, Linhares MBM. Assessment of Temperament in Children: Translation of Instruments to Portuguese (Brazil). *Intera J Psych*. 2009; 43(3): 552-7.
16. Rothbart MK, Bates JE. Temperament. In: Damon W, editors. *Handbook of child psychology: social, emotional and personality development*. New York: John Wiley and Sons; 2006. p. 99-165.
17. Golse B. *Sobre a Psicoterapia Pais-Bebê: narratividade, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
18. Feldman R. *Coding Interactive Behavior Manual (CIB)*. Unpublished manuscript, Ramat-Gan, Israel. Society for Infant Studies; 1998.
19. Viaux-Savelon S, Leclere C, Aidane E, Bodeau N, Camon-Senechal L, Vatageot S *et al.* Validation de la version française du Coding Interactive Behavior sur une population d'enfants à la naissance et à 2 mois, Validation of French version of Coding Interactive Behavior applied on a population at birth and at two months old. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. Jan. 62(1): 53-60.
20. Feldman, R. Parenting behavior as the environment where children grow. In: Lewis M, editor. *Cambridge handbooks in psychology. The Cambridge handbook of environment in human development*. New York: Cambridge University Press; 2012. p. 535-567.
21. Tronick EALS, Brazelton TB. Monadic Phases: A structural descriptive analysis of infant– mother face to face interaction. *Merrill Palmer Quarterly*, 1980. 26(1), 3-24.
22. Gudeney A. From early withdrawal reaction to infant depression: A baby alone does exist. *Infant Mental Health Journal*, 1997;18:339-349.
23. Feldman R. Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; Physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48: 329-354.
24. Minuchin P. Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 1985;56:289-302.
25. Davies PT, Cicchetti D. Toward an integration of family systems and developmental psychopathology approaches. *Development and Psychopathology*. 2004;16:477-481.
26. Lamb ME. Father-infant and mother-infant interaction in the first year of life. *Child Development*, 1977;48:167-181.
27. Yogman MW. Games fathers and mothers play with their infants. *Infant Mental Health Journal*, 1981;2(4):241-248.
28. Feldman R. The relational basis of adolescent adjustment: trajectories of mother– child interactive behaviors from infancy to adolescence shape adolescents' adaptation. *Attach Hum Dev*. 2010;12:173-192.
29. Bates E, O'Connell B, Shore C. Language and communication in infancy. In: Osofsky JD, editor. *Handbook of infant development*. 2nd ed. New York : Wiley; 1987. p. 149-204.
30. Kagan J. *The second year: The emergence of self awareness*. Cambridge: Harvard University Press; 1981.
31. Messer DJ. *The development of communication: From social interaction to language*. Chichester: Wiley; 1994.

32. Feldman R. The development of regulatory functions from birth to 5 years: Insights from premature infants. *Child Development*. 2009;80(2): 544-561.
33. Emde RN, Gaensbauer TJ, Harmon RJ. Emotional expression in infancy: A biobehavioral study. *Psychological issues*. 1976;10(37).
34. Sander LW. Polarity, paradox, and the organizing process in development. In: *Frontiers of infant psychiatry*. New York : Basic; 1984. p. 333-346.
35. Meaney MJ. Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations . *Annual Review of Neuroscience*, 2001;24:1161–1192.
36. Leckman JF *et al.* Biobehavioral processes in attachment and bonding. In: Ahnert L, editor. *Attachment and Bonding: a new synthesis*. Cambridge: MIT Press; 2005.
37. Silberstein D, Feldman R, Gardner JM, Karmel BZ, Kuint J, Geva R. The relational basis of feeding problems in low-risk premature infants across the first year. *Infancy*. 2009;14: 501-525.
38. Stern ND. *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books; 1985
39. Johnson MH *et al.* The emergence of the social brain network: Evidence from typical and atypical development . *Development and Psychopathology*. 2005;17: 599-619.
40. Marini FC. *Reações maternas diante de uma gestação complicada por uma anomalia fetal grave*. [Dissertação.] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; Hospital das Clínicas; 2008.
41. Machado MM. A criança é performer. *Educação e Realidade*. 2010;35(2):115-138.
42. Bunduki V, Ruano R, Miguelez J, Castro I de, Zugaib M. Ultrasound evaluation of fetal nuchal thickness throughout gestation as a down syndrome marker. *Journal of Perinatal Medicine*. 2001;29(1):198-198.
43. Feldman R. Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; Physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48: 329-354
44. Feldman R. The relational basis of adolescent adjustment: trajectories of mother– child interactive behaviors from infancy to adolescence shape adolescents’ adaptation. *Attach Hum Dev*. 2010;12:173-192

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme citado na introdução, os resultados e discussão serão apresentados sob a forma de artigos. Tendo em vista os dados obtidos na realização da pesquisa e a fim de verticalizar a discussão, os resultados serão apresentados em dois artigos: o primeiro deles apresenta os efeitos do diagnóstico pré-natal na interação da díade mãe-bebê na fase gestacional, enquanto o segundo concentra-se na fase pós-natal.

5.1 Artigo 2: resultados e discussão – fase gestacional

Os efeitos do diagnóstico pré-natal na interação da díade mãe-bebê: fase gestacional

INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista como parte de uma experiência de vida saudável, que envolve mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. No entanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável. Assim, a assistência pré-natal adequada é essencial à proteção do binômio feto-mãe e pressupõe avaliação dinâmica das situações, pois uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento.

As necessidades das mulheres que não apresentam problemas durante a gravidez são resolvidas, de maneira geral, com procedimentos simples no nível primário de assistência.¹

No pré-natal de Risco Habitual o objetivo é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna. O pré-natal de Risco Habitual possui particularidades que necessitam de muita responsabilidade e dedicação da equipe de saúde que o assiste.

Por sua vez, as mulheres que apresentam risco na gestação podem necessitar de procedimentos mais complexos nos níveis secundário e terciário, com equipe de saúde e tecnologias sofisticadas. No pré-natal de alto risco, como por exemplo, em um Centro de Medicina Fetal, o objetivo é lutar para que vidas acometidas desde o seu início por anomalias

e doenças tenham a chance de se recuperar e de se desenvolver; é criar oportunidades de vida.²

A Medicina Fetal é uma área de atuação da Ginecologia e Obstetrícia que visa ao acompanhamento detalhado de gestações por meio de aconselhamento genético, rastreamento de cromossomopatias, ultrassonografias e procedimentos invasivos, sempre visando o bem estar do binômio mãe-feto. O Ginecologista e Obstetra com área de atuação em Medicina Fetal é o Fetólogo e está capacitado para exercer um ramo específico da ciência médica que pode ser definido como um conjunto de ações preventivas e diagnósticas.

O Centro de Medicina Fetal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (CEMEFE HC/UFMG) é referência do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Estado de Minas Gerais para o diagnóstico e acompanhamento dos casos de malformações fetais. A equipe do CEMEFHC/UFMG é composta por profissionais com ampla experiência na área com formação acadêmica e científica. Desde 1989, desenvolvem pesquisas com o intuito de compreender cada vez mais o contexto do diagnóstico de malformação fetal para que a assistência possa ser sempre aprimorada e específica.³

No HC/UFMG os dois serviços tanto o pré-natal do Centro de Medicina Fetal como o pré-natal de Risco Habitual ocupam o mesmo espaço físico, mas o nível de assistência em seus objetivos, conteúdos, número de consultas e equipe são diferentes.

Sabe-se que toda gravidez é um período de mudanças físicas e emocionais que vai requerer adaptações à nova condição e despertar uma ambivalência de sentimentos. A gestante deseja a criança, ao mesmo tempo em que a rejeita e a teme.⁴ Em uma gestação em que há a suspeita de riscos, as ansiedades e os medos da mãe são potencializados.⁵ Surgem sentimentos de punição e culpa por estar gerando uma criança malformada.

Para a maior parte das mulheres, a gravidez é um período de emoções fortes, que sofre modificações, variando do positivo ao negativo, frequentemente ambivalentes. Essa ambivalência ocorre, pois, o bebê é para a mãe desconhecido e protegido ao mesmo tempo, gerando uma sensação de completude e ansiedade.⁶ Enquanto o feto se desenvolve os pais constroem uma rede de sonhos, desejos secretos, lembranças e palavras em torno dele, especialmente a mãe, que está fisicamente engajada.⁷⁻⁸ Tais processos são chamados de representações maternas. Por este motivo, essas representações comumente se alternam e são distintas, complementares e até antagônicas. De um modo geral, a mulher começará a ter fantasias sobre como será o bebê, atribuindo-lhe algumas características e desenvolvendo sentimentos.⁹

As representações maternas são o conjunto de ideias, medos, distorções, pensamentos, expectativas, desejos, sensações e percepções da gestante sobre o seu feto, sobre si mesma no papel de mãe e sobre seu cônjuge como pai. A pesquisa sobre este conceito foi inicialmente desenvolvida por Stern¹⁰ e Ammanitti *et al.*¹¹

A importância de compreendê-las vem da sua influência no comportamento dos pais frente ao filho e da sua potencial interferência no desenvolvimento infantil.¹² Alguns estudos revelam que as representações pré-natais sobre o bebê foram preditoras da habilidade regulatória da mãe e do comportamento de interação com o filho, no terceiro mês após o parto, especialmente durante a interação face a face.¹³

As representações maternas surgem muito antes da gestação e desenvolvem consideravelmente durante os períodos de transição para a parentalidade (pré, peri e pós-parto), como descreve.¹⁴ A mãe pode, assim, representar o feto e lhe atribuir características atuais, projetando suas representações sobre o seu papel e antecipando a futura interação. Essas representações dependem também de fatores externos e poderão sofrer modificações durante a gestação, no pós-parto e no processo da parentalidade, a partir do encontro com o bebê real diferente do bebê imaginado.¹⁰

O impacto da ultrassonografia nas representações maternas possui alta relevância, inclusive é notável o número de gestantes que afirmam que após a primeira ultrassonografia começam a se sentir realmente grávidas e é também nesse momento que elas conseguem vislumbrar que os seus filhos não são completamente indefinidos, mas que já possuem a forma de ser humano.¹⁵ Sioda¹⁶ que as gestantes sentiram que a ultrassonografia pode intensificar a relação mãe-feto, capaz de fazê-las sentirem-se mais mães e, ainda, de tornar o feto mais concreto e real. Assim alguns autores apontam que não foram somente os pais que modificaram a sua visão sobre o feto, com o surgimento da ultrassonografia.

Os médicos também têm, agora, um novo contato com a atmosfera fetal, pois ao ver o feto com mais acuidade, podem diagnosticar com maior segurança, garantindo melhores condições de saúde à díade mãe e feto^{15,17} também assegura que a ultrassonografia mudou também a maneira dos médicos de lidarem com a gestante e com o feto. Aliás, qualquer profissional que lida com esta área e com a situação do exame ultrassonográfico deve ser habilitado a proferir um ambiente de qualidade, não somente técnica, mas também emocional. Assim, o exame não é passível de ser considerado com indiferença pelos profissionais que direta ou indiretamente estão ligados a esta área, exigindo uma postura de cautela e sensibilidade para lidar com as situações que envolvem o contexto de ultrassonografia mesmo diante de resultados de normalidade fetal.

Os estudos de Villeneuve *et al.*¹⁸ mostraram os aspectos de maior relevância para a experiência emocional da gestante durante a ultrassonografia. Além do resultado do exame e da percepção das imagens, a atitude do médico ultrassonografista durante o exame foi bastante citada. Nesse interim é inegável que a ultrassonografia fetal ocupa uma posição de destaque no emocional materno e familiar e de extrema importância no diagnóstico pré-natal. Dessa forma, a postura do ultrassonografista e/ou de qualquer profissional de saúde que acompanha o exame é de bastante valia para tornar positivas ou negativas as repercussões daquelas imagens para a relação mãe-feto. O impacto emocional diante do estranho-familiar revelado na ultrassonografia deve ser acolhido por alguém treinado, seja um ultrassonografista ou até um observador do exame¹⁹. Para os autores, a ultrassonografia é um nascimento antecipado. Ao revelar uma imagem real do feto, o ultrassonografista lhe confere um status de paciente, o que parece interferir no tipo e na qualidade de vínculo que é estabelecido entre mãe-pai-feto.²⁰ O estudo do psiquismo fetal também tem sido beneficiado com a tecnologia ultrassonográfica, que já foi utilizada até para identificar traços iniciais de personalidade do feto.^{17,21-23} Esses autores mostraram que desde a vida intrauterina já é possível, por meio de movimentos e reações fetais, prever futuros comportamentos do bebê.

Portanto, ao considerar a importância da interação mãe-bebê na constituição da linguagem, constatamos a necessidade de estudos em etapas cada vez mais precoces. O período gestacional, muitas vezes, representa para a mulher um ciclo de vida extremamente intenso, durante o qual ela revive conflitos da infância, relações precoces, particularidades e identificações com sua mãe.²⁴ O impacto dos acontecimentos do período pré-natal nas representações maternas e conseqüentemente na relação da díade mãe-bebê merece atenção especial, principalmente quando se pretende analisar as habilidades comunicativas da criança. A avaliação das interações mãe-filho é um problema importante na psicopatologia perinatal por causa de seu impacto no desenvolvimento da criança de forma emocional e cognitiva.²⁴

A criança fará suas primeiras aquisições e receberá influências importantes no ambiente familiar, desde o período gestacional. A família é vista como o primeiro núcleo social e o principal vínculo da criança, exercendo papel fundamental em seu crescimento e desenvolvimento, à medida que propicia um ambiente estimulador de interações e relações saudáveis desde a gravidez, principalmente durante o último trimestre, que é uma etapa onde se observa que existem momentos de “conversas” entre mãe e feto.²⁵ Esta linguagem inicial da mãe para com seu feto é importante enquanto estruturante das representações que ela tem sobre seu futuro bebê e, posteriormente, as influências destas representações sobre o desenvolvimento da linguagem do bebê.

Assim este estudo teve como **objetivo** a investigação dos efeitos das representações maternas na interação da díade mãe-bebê (fase pré-natal) em um grupo de díades mãe-bebê que tiveram um diagnóstico pré-natal de risco ou confirmação de uma alteração estrutural e um grupo de díades cujos fetos não apresentavam alteração estrutural.

MÉTODOS

Desenho do Estudo: Trata-se de um trabalho longitudinal controlado (analítico), um estudo de caso controle (coorte concorrente) prospectivo, ou seja, um estudo observacional em que a díade (mãe-bebê) dos dois grupos, grupo estudo com fetos/bebês com alguma anomalia estrutural e grupo controle com fetos/bebês sem nenhuma anomalia estrutural foram acompanhados longitudinalmente, para avaliar a incidência (risco) de comprometimento da interação mãe-bebê nos dois grupos, portanto, não foram submetidos à intervenção.

Cenário do Estudo: Os encontros foram agendados nas seguintes idades e locais: Etapa 1: fase gestacional/pré-natal (gestantes a partir da vigésima quinta semana gestacional) no Instituto Jenny de Andrade Faria HC/UFGM.

Participantes do estudo

Instrumentos/Procedimentos de Coleta de Dados: Etapa 1: Os participantes do estudo inicialmente foram as gestantes, divididas em dois grupos:

- a) Grupo 1: grupo estudo composto por gestantes participantes do pré-natal no Ambulatório do CEMEFE HC/UFGM, cujos fetos foram previamente diagnosticados com algum tipo de anomalia estrutural como por exemplo uropatias, gastrosquise e onfalocele, sem malformações associadas. Trata-se de anomalias graves, mais frequentes e com baixo índice de natimortos e neomortos. Sem malformações associadas e não apresentam comprometimento neurológico, auditivo e visual. Frequentemente despertam grande impacto na visão materna por serem potencialmente de risco cirúrgico.² Portanto encaixam nos critérios de inclusão e oferecem menor probabilidade de risco de perdas, por ser um estudo longitudinal da díade mãe-bebê;
- b) Grupo 2: grupo controle composto por gestantes com fetos sem nenhum tipo de anomalia estrutural, participantes do pré-natal do HC/UFGM.

As gestantes foram convidadas a participarem durante as consultas previamente agendadas de acompanhamento pré-natal e iniciaram após concordância e assinatura do TCLE.

Foram tomadas as providências éticas necessárias, de acordo com as normas previstas pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMG. O presente estudo, de caráter longitudinal, teve início após sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 548.79816.0.0000.5149/ Data de início: 30.03.16) e foi finalizado no último trimestre de 2019.

O protocolo de coleta de dados consiste em cumprir os objetivos propostos nesta pesquisa para isto foram realizadas as seguintes etapas:

Coleta de Dados do Período Pré-Natal

Foram realizados na fase gestacional dois encontros com cada gestante dos dois grupos (grupo estudo e grupo controle). Estes encontros coincidiram com as consultas pré-agendadas do acompanhamento Pré-Natal do CEMEFE HC/UFMG.

As gestantes foram convidadas a relatarem a história de sua gestação e de maneira informal, ou seja, não dirigida responderam às perguntas do questionário *Irmag-R Echelle* escala de avaliação das representações maternas IRMAG: *Interview pour les représentations maternelles pendant la grossesse*.²⁴ A Entrevista de Representações Maternas durante a Gravidez (IRMAG-R) tem como principal objetivo explorar, na mulher que enfrenta a maternidade, o domínio das representações mentais que dizem respeito não somente a mulher como pessoa e mãe, mas também ao seu futuro filho, ao seu parceiro e a sua família de origem. Consiste em 41 perguntas e é preferencialmente administrado durante o último trimestre gestacional, levando-se em consideração que a presença do bebê já está bem definida na psique materna. A entrevista explora os seguintes aspectos:

- a) o desejo da maternidade na história pessoal da mulher e na história de seu parceiro;
- b) emoções pessoais, em relação ao casal e à família no anúncio da Gravidez;
- c) emoções e mudanças no curso da gravidez na vida pessoal, do casal e no relacionamento com a própria mãe, assim como a perspectiva do parto;
- d) percepções, emoções e fantasias relacionadas ao bebê (feto);
- e) expectativas futuras quanto às características de si mesmas como mãe e as características da criança;

f) a perspectiva histórica da mãe em relação ao seu papel atual e com relação a sua experiência como filha. A estrutura da entrevista considera tanto o conteúdo em relação aos dizeres das mulheres, quanto à sua estrutura narrativa. Em relação à estrutura narrativa são avaliadas: a riqueza das percepções, a abertura para mudar e flexibilidade, a intensidade do investimento, a coerência na estrutura, entre outras dimensões.¹¹

Essa entrevista semiestruturada explora as representações maternas durante a gravidez, tanto na ausência como na presença de condições de risco. O padrão narrativo é explorado através de sete dimensões usando uma escala de 5 pontos (1-pobre, 2-limitado, 3-moderado, 4-considerável e 5-muito acentuada): riqueza de percepções, abertura para mudança, envolvimento afetivo, coerência, diferenciação, dependência social e riqueza de fantasias. O escore final categoriza as representações das mulheres em três padrões: bom (integradas / equilibradas), intermediário (reduzidas / desinvestidas) e ruim (não integradas / ambivalentes).

Integra este material logo após a entrevista o preenchimento pela gestante de cinco listas de adjetivos com base no modelo diferencial semântico, ou seja, cada uma das cinco listas apresentam dezessete características opostas. Em cada lista a gestante manifestava sua opinião ou impressão enfrentada na fase gestacional com relação a diferentes posições e vínculos afetivos (características individuais do bebê, características individuais de si mesma, características individuais do pai, características maternas de você mesma e características individuais de sua própria mãe).

Em seguida foram realizados registros em áudio de um “momento interativo da mãe com o feto” (terceiro trimestre gestacional). Todas as gestantes tiveram a oportunidade de ficarem três minutos em uma sala com total privacidade, ou seja, sozinha, com a porta fechada. Era explicado que teria um “tempo livre” para os dois (mãe-bebê).

No final de cada encontro duas escalas foram preenchidas pelo pesquisador/entrevistador: Escala de Ansiedade: *Echelle de Gravite de L'Anxiete de Covi*²⁶ e a Escala de Depressão: *Echelle de Gravite de la Depression de Raskin*²⁷

São escalas que compreendem características relacionadas a três itens: Tópicos do discurso, Comportamento e Queixas somáticas que são pontuados de acordo com a intensidade correspondente: Inexistente = 0, Baixo = 1, Médio = 2, Muito = 3, Enorme = 4. Ansiedade foi avaliada usando a *Escala de Ansiedade de COVI* (pontuação máxima = 12;

limiar para desordem = 6).²⁸ A depressão foi avaliada usando a *Escala de Depressão de RASKIN* (pontuação máxima = 12; limiar para desordem = 6).²⁷

A *Escala de Ansiedade de Covi* apresenta as seguintes características observadas em cada item, Tópicos do discurso (nervosismo, sentiu-se mal, agitação, assustada sem razão, tímida, tensa, sentindo-se sufocada, evitando certos lugares, evitando certas condutas, dificuldade de concentração), Comportamento (parece assustada, ansiosa, desconfortável, agitada) e Queixas somáticas (suando, tremendo, sensação de batimento cardíaco, taquicardia, opressão respiratória, sensação de calor ou frio, sono agitado, nó no estômago, nó na garganta). A *Escala de Depressão de Raskin* apresenta as seguintes características observadas em cada item: Tópicos do discurso (sente-se triste, sentimento de estar sem esperança, perda de interesse, ideias de morte, chora facilmente), Comportamento (parece abatido, chora, fala suavemente, triste, inativa, sem energia), Sintomas (insônia ou hipersonia, boca seca, história suicida recente, perda de apetite, dificuldade de se concentrar, perda de memória).

Para cada encontro com as gestantes foi disponibilizado um tempo de noventa a cento e vinte minutos, que compreendia o tempo necessário para a entrevista, anotação dos dados secundários, preenchimento das escalas pela gestante, gravação do áudio do momento de interação mãe-bebê (feto) e preenchimento da Escala de Ansiedade e da Escala de Depressão.

A Escala de Ansiedade de Covi e a Escala de Depressão de Raskin foram preenchidas pelo pesquisador, após a entrevista, compreendem características relacionadas a três itens: Tópicos do discurso, Comportamento e Queixas somáticas que são pontuados de acordo com a intensidade correspondente: Inexistente = 0, Baixo = 1, Médio = 2, Muito = 3, Enorme = 4. A ansiedade foi avaliada usando a escala COVI (pontuação máxima = 12; limiar para desordem = 6). A depressão foi avaliada usando a escala RASKIN (pontuação máxima = 12; limiar para desordem = 6).

Inicialmente foram entrevistadas duzentas e cinquenta gestantes, entretanto somente duzentas e oito concluíram a fase pré-natal. Para as gestantes que permaneceram foram agendados dois encontros, totalizando quatrocentos e dezesseis encontros. Das duzentas e oito gestantes que permaneceram na fase pré-natal apenas oitenta e duas concluíram o estudo longitudinal até doze meses de idade do bebê. O estudo atual considerou o cálculo amostral inicial de cinquenta e duas mães-bebês, vinte e cinco de cada grupo estudo e controle. Portanto foram analisados os cem encontros das cinquenta e duas mães-bebês que permaneceram no estudo longitudinal.

A duração do áudio do momento interativo foi de três minutos, **totalizando 150 minutos de áudios analisados** das cinquenta e duas mães-bebês acompanhadas longitudinalmente.

Dados Secundários

Para caracterizar a amostra estudada e identificar variáveis pré-natais e socioeconômicas relacionadas ao desenvolvimento fetal, dados secundários foram extraídos dos pais, dos prontuários, de exames de imagem como principalmente das ultrassonografias fetais e de questões feitas e discutidas com toda a equipe de profissionais (participação em reuniões semanais com toda a equipe) do CEMEFE HC/UFMG.

Quadro 1 – Representação de todos os instrumentos de análise da fase Pré-Natal

Etapa 1: Pré-Natal	Referência
Dados Secundários	-
IRMAG-R echelle	<i>Interview pour lês représentations marternelles pendant la grossesse</i> ¹¹ e Escalas de características com diferencial semântico
Interação/Áudio	Referência
Escala de Depressão	<i>Echelle de Gravite de La Depression de Raskin</i> ²⁷
Escala de Ansiedade	<i>Echelle de Gravite de L'Anxiete de Covi</i> ²⁶

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Cálculo Amostral

Amostra (Casuística): 50 gestantes, divididas em dois grupos:

- a) Grupo 1-composto por 25 gestantes participantes do pré-natal do CEMEFE HC/UFMG, cujos fetos foram previamente diagnosticados com alguma anomalia estrutural como, por exemplo, uropatias, gastrosquise e onfalocele sem malformações associadas;
- b) Grupo 2-grupo controle- composto por 25 gestantes, cujos fetos não apresentaram nenhuma anomalia estrutural, participantes do pré-natal do HC/UFMG.

Análise Estatística

As análises foram realizadas ao nível de significância de 0,05 e o software SPSS 18. A normalidade da distribuição das variáveis numéricas foi verificada pelo teste Shapiro Wilk. As variáveis numéricas que não apresentaram distribuição normal gaussiana foram expressas em termos de mediana, primeiro e terceiro quartil. E as variáveis numéricas que apresentaram distribuição normal gaussiana foram expressas em termos de médias e desvio padrão. As variáveis categóricas foram expressas em termos de frequências e porcentagens.

Na análise de associação entre duas variáveis, para a comparação das médias das variáveis com distribuição normal gaussiana entre 2 grupos independentes aplicou-se o teste paramétrico *t-student*. Na comparação de medianas das variáveis sem distribuição normal gaussiana entre 2 grupos independentes aplicou-se o teste não paramétrico de Mann Whitney. E para verificar a hipótese de associação entre as variáveis categóricas com os grupos aplicou-se o teste Qui-quadrado de Pearson ou o Teste Exato de Fisher. O valor residual ajustado foi usado como referência para indicar qual classe das variáveis está associada a um dos grupos.

Metodologia de Análise de Dados

Os áudios foram gravados e armazenados imediatamente em um banco de dados comum e disponível somente aos participantes principais da pesquisa para evitar que qualquer gravação fosse desviada a outros fins. Os dados coletados (áudio das díades mães-bebês) foram analisados através de programas específicos para o tratamento de vocalizações, movimentos, expressões da mãe e do bebê.

Todos os resultados foram lançados em planilhas Excel para análise. O suporte para o tratamento estatístico dos dados foi feito da seguinte forma: foram calculadas as médias, o respectivo desvio padrão e o coeficiente de variação para cada variável estudada. Em seguida foi conduzida uma comparação entre os grupos e, para cada comparação, foi investigado se a diferença entre as médias é estatisticamente significativa, utilizando-se a análise de variância (Teste F e Fisher-Snedecor). O nível de significância utilizado foi de 5% ($p < 0,05$). Foram observadas todas as variáveis relevantes. Houve a construção de análises estratificadas, para que ocorresse a comparabilidade dos grupos, criou-se subgrupos homogêneos.

O cálculo amostral baseou-se nos dados da literatura: vinte cinco (25) gestantes em cada grupo^{3,24,29,30} e um estudo piloto foi realizado a partir de quinze (15) gestantes em cada grupo, ou seja, quando completou quinze gestantes entrevistadas em cada grupo.

Para a análise de precisão foi considerada a repetibilidade e reprodutibilidade dos dados.

O presente estudo compreende a coleta de dados do período pré-natal que iniciou em abril de 2016 e encerrou em dezembro de 2017. Esta primeira etapa foi concluída com o 250 gestantes convidadas, ou seja, foi realizado o convite à 250 gestantes, 232 aceitaram participar do estudo (assinaram o TCLE), 208 realmente interessaram-se, gravaram o áudio do momento interativo mãe-feto e concluíram a primeira etapa inicial de um estudo maior que corresponde à coleta de dados da Fase Pré-Natal (Etapa 1) e da fase Pós-Natal (Etapa 2).

Do total de 250 díades convidadas a participarem do estudo, 42 díades foram perdidas ou excluídas na primeira etapa do estudo (18 díades recusaram-se a participar do acompanhamento, alegaram diferentes motivos, como residirem em cidades muito distantes de Belo Horizonte, dificuldade de trazerem o filho aos encontros, por causa do trabalho e a presença de outros filhos e ao momento de muita incerteza com relação às condições de saúde do futuro bebê e 24 díades não conseguiram concluir o material de coleta da fase pré-natal antes do parto, porque não gravaram o áudio do momento interativo da díade mãe-feto). Das 86 díades que não deram continuidade ao acompanhamento na fase recém-nascido, 19 foram devido ao fator distância; 7 devido ao óbito do bebê e 1 ao óbito da mãe; 24 devido ao fato de o bebê apresentar quadro clínico compatível com os critérios de exclusão deste estudo; 35 desistiram e ou faltaram aos encontros previamente agendados. Portanto este estudo contou com a conclusão do acompanhamento longitudinal de 80 díades, cujos bebês completaram 12 meses de idade cronológica ou idade corrigida para os prematuros e foram acompanhados desde a sua fase gestacional.

Aspectos Éticos

O presente estudo, de caráter longitudinal, teve início após sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 548.79816.0.0000.5149/ Data de início: 30.03.16). Para a realização do estudo foi obtida a autorização do Instituto Jenny de Andrade Faria (Atenção à Saúde do Idoso e da Mulher) HC/UFMG, dos Departamentos de Fonoaudiologia e Unidade Funcional de Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia. Todos os participantes foram informados acerca dos objetivos e procedimentos realizados na pesquisa e foram incluídos após o consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Todos os áudios dos participantes foram obtidos mediante autorização expressa e por escrito para captação e utilização de imagens pessoais.

RESULTADOS – PERÍODO PRÉ-NATAL

Para o primeiro instrumento de análise (*Irmag-R Echelle* escala de avaliação das representações maternas IRMAG: *Interview pour les représentations maternelles pendant la grossesse*²⁴ foi utilizado o teste *Qui-quadrado de tendência linear*, porque há uma gradação, ou seja, diferentes intensidades de 1 a 5 pontos (Pobre, Limitado, Moderado, Considerável e Muito Acentuado), o teste *Linear by-Linear Association* e o *Fisher's Exact Test*. Foi realizada também a análise categórica da frequência para cada item avaliado e pontuado com relação as representações dela mesma como mãe (A1 a A7) e com relação ao feto (B1 a B7): A1 e B1 - Riqueza das Percepções, A2 e B2 - Abertura para mudar e flexibilidade de auto representações como mãe, A3 e B3 - Intensidade do investimento, A4 e B4 - Coerência, A5 e B5 - Diferenciação da auto representação, A6 e B6 - Dependência social, A7 e B7 - Emergência das fantasias.

Pela Tabela 1 é possível constatar que para todas as variáveis avaliadas relativas às representações da gestante como mãe, durante a gravidez, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de estudo e controle ($p>0,05$).

Tabela 1 – Resultado do sistema de codificação relativo a representações durante a gravidez das variáveis de representações de você mesmo como mãe

Variáveis	Global (n=50)	Estudo (n=25)	Controle (n=25)	P-valor
A.1. Riqueza das percepções¹				0,840
Pobre	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Limitado	18 (36)	8 (32)	10 (40)	
Moderado	15 (30)	8 (32)	7 (28)	
Considerável	17 (34)	9 (36)	8 (32)	
Muito acentuado	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
A.2. Abertura para mudar e flexibilidade de auto representações como mãe²				0,444
Pobre	3 (6)	2 (8)	1 (4)	
Limitado	7 (14)	3 (12)	4 (16)	
Moderado	23 (46)	14 (56)	9 (36)	
Considerável	17 (34)	6 (24)	11 (44)	
Muito acentuado	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
A.3. Intensidade do investimento²				0,594
Pobre	2 (4,0)	2 (8)	0 (0)	
Limitado	7 (14)	3 (12)	4 (16)	
Moderado	17 (34)	10 (40)	7 (28)	
Considerável	22 (44)	9 (36)	13 (52)	
Muito acentuado	2 (4)	1 (4)	1 (4)	
A.4. Coerência²				0,427
Pobre	1 (2)	1 (4)	0 (0)	
Limitado	4 (8)	1 (4)	3 (12)	
Moderado	18 (36)	11 (44)	7 (28)	
Considerável	23 (46)	11 (44)	12 (48)	
Muito acentuado	4 (8)	1 (4)	3 (12)	
A.5. Diferenciação da auto representação²				0,535
Pobre	7 (14)	4 (16)	3 (12)	
Limitado	14 (28)	9 (36)	5 (20)	
Moderado	15 (30)	7 (28)	8 (32)	
Considerável	12 (24)	5 (20)	7(28)	
Muito acentuado	2 (4)	0 (0)	2 (8)	
A.6. Dependência social²				0,589
Pobre	1 (2)	1 (4)	0 (0)	
Limitado	12 (24)	6 (24)	6 (24)	
Moderado	23 (46)	13 (52)	10 (40)	
Considerável	13 (26)	5 (20)	8 (32)	
Muito acentuado	1 (2)	0 (0)	1 (4)	
A.7. Emergência de fantasias.				0,751
Pobre	2 (4)	1 (4)	1(4)	
Limitado	15 (30)	9 (36)	6 (24)	
Moderado	15 (30)	8 (32)	7 (28)	
Considerável	18 (36)	7 (28)	11 (44)	
Muito acentuado	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Frequência (%); ¹Teste qui-quadrado; ²Teste exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Pela Tabela 2 é possível constatar que para todas as variáveis avaliadas relativas às representações da gestante com relação ao feto, durante a gravidez, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de estudo e controle ($p>0,05$).

Tabela 2 – Resultados dos sistema de codificação relativo a representações durante a gravidez das variáveis de representações do feto

Variáveis	Global (n=50)	Estudo (n=25)	Controle (n=25)	P-valor
B.1. Riqueza das percepções²				0,797
Pobre	2 (4)	1 (4)	1 (4)	
Limitado	6 (12)	4 (16)	2 (8)	
Moderado	15 (30)	6 (24)	9 (36)	
Considerável	26 (52)	13 (52)	13 (52)	
Muito acentuado	1 (2)	1 (4)	0 (0)	
B.2. Mudança de abertura e flexibilidade²				0,468
Pobre	4 (8)	3 (12)	1 (4)	
Limitado	11 (22)	6 (24)	5 (20)	
Moderado	19 (38)	10 (40)	9 (36)	
Considerável	15 (30)	5 (20)	10 (40)	
Muito acentuado	1 (2)	1 (4)	0 (0)	
B.3. Intensidade do investimento²				0,936
Pobre	3 (6)	1 (4)	2 (8)	
Limitado	6 (12)	4 (16)	2 (8)	
Moderado	14 (28)	7 (28)	7 (28)	
Considerável	25 (50)	12 (48)	13 (52)	
Muito acentuado	2 (4)	1 (4)	1 (4)	
B.4. Consistência²				0,787
Pobre	2 (4)	1 (4)	1 (4)	
Limitado	8 (16)	5 (20)	3 (12)	
Moderado	17 (34)	9 (36)	8 (32)	
Considerável	21 (42)	10 (40)	11 (44)	
Muito acentuado	2 (4)	0 (0)	2 (8)	
B.5 Diferenciação da representação da criança²				0,817
Pobre	1 (2)	0 (0)	1 (4)	
Limitado	14 (28)	8 (32)	6 (24)	
Moderado	22 (44)	10 (40)	12 (48)	
Considerável	13 (26)	7 (28)	6 (24)	
Muito acentuado	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
B.6. Dependência social²				1,000
Pobre	4 (8)	2 (8)	2 (8,0)	
Limitado	20 (40)	10 (40)	10 (40)	
Moderado	13 (26)	7 (28)	6 (24)	
Considerável	13 (26)	6 (24)	7 (28)	
Muito acentuado	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
B.7. Emergência das fantasias²				1,000
Pobre	2 (4)	1 (4)	1(4)	
Limitado	15 (30)	8 (32)	7 (28)	
Moderado	20 (40)	10 (40)	10 (40)	
Considerável	13 (26)	6 (24)	7 (28)	
Muito acentuado	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Frequência (%); ¹Teste qui-quadrado; ²Teste exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

O escore final categoriza as representações das mulheres em três padrões: bom (integradas/equilibradas), intermediário (reduzidas/desinvestidas) e ruim (não integradas/ambivalentes).

Pela Tabela 3 é possível constatar que para os diversos tipos de representações maternas não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de estudo e controle ($p>0,05$).

Tabela 3 – Representações maternas

	Geral (n=5	Estudo (n	Controle (n	P-valor
Representações maternas²				0,529 ²
Integradas/Equilibradas - Limitado	7(14,0)	2(8,0)	5(20,0)	
Integradas/Equilibradas – Autoorientado	11(22,0)	6(24,0)	5(20,0)	
Integradas/Equilibradas – Orientado para a criança	17(34,0)	9(36,0)	8(32,0)	
Reduzida/Desinvestida – Acentuada	2(4,0)	1(4,0)	1(4,0)	
Reduzida/Desinvestida – Com medo	6(12,0)	5(20,0)	1(4,0)	
Reduzida/Desinvestida – Autoorientada	5(10,0)	2(8,0)	3(12,0)	
Não integrada/Ambivalente – confusa	1(2,0)	0(0)	1(4,0)	
Não integrada/Ambivalente – absorvida por ela mesma	1(2,0)	0(0)	1(4,0)	

Frequência (%); ²Teste exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

As gestantes preencheram cinco listas de adjetivos com base no modelo diferencial semântico, ou seja, cada uma das cinco listas apresentam dezessete características opostas. Em cada lista a gestante manifestou sua opinião ou impressão enfrentada no período gestacional com relação a diferentes posições e vínculos afetivos (características individuais do bebê, características individuais de si mesma, características individuais do pai, características maternas dela mesma e características individuais de sua própria mãe).

Pela Tabela 4 é possível constatar que para todas as variáveis avaliadas relativo à Escala 1 não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de estudo e controle ($p > 0,05$).

Tabela A2 4 – Resultado Escala 1

Variáveis	Global (n=50)	Estudo (n=25)	Controle (n=25)	P-valor
Ativo³	1,00(0,99-1,00)	1,00(0,98-1,00)	1,00(0,98-1,00)	0,826
Calmo³	0,52(0,00-1,00)	0,54(0,00-0,98)	0,10(0,00-1,00)	0,951
Voraz³	0,50(0,00-0,57)	0,50(0,00-0,62)	0,25(0,00-0,55)	0,384
Social³	1,00(0,95-1,00)	1,00(0,73-1,00)	1,00(0,98-1,00)	0,571
Dinâmico³	1,00(0,50-1,00)	1,00(0,60-1,00)	1,00(0,05-1,00)	0,382
Educado³	1,00(0,89-1,00)	1,00(1,00-1,00)	1,00(0,60-1,00)	0,242
Alegre³	1,00(1,00-1,00)	1,00(1,00-1,00)	1,00(1,00-1,00)	0,984
Fácil³	0,50(0,46-1,00)	0,50(0,46-1,00)	0,95(0,46-1,00)	0,431
Inteligente³	1,00(1,00-1,00)	1,00(1,00-1,00)	1,00(1,00-1,00)	0,633
Aceitador³	1,00(0,54-1,00)	1,00(0,54-1,00)	1,00(0,51-1,00)	0,623
Organizado³	1,00(0,50-1,00)	1,00(0,50-1,00)	1,00(0,49-1,00)	0,209
Afetoso³	1,00(0,54-1,00)	1,00(0,68-1,00)	1,00(0,50-1,00)	0,365
Independente³	1,00(0,50-1,00)	1,00(0,50-1,00)	1,00(0,95-1,00)	0,436
Decidido³	1,00(0,95-1,00)	1,00(0,98-1,00)	1,00(0,95-1,00)	0,778
Confiante³	1,00(0,95-1,00)	1,00(0,50-1,00)	1,00(1,00-1,00)	0,144
Vivaz³	1,00(0,94-1,00)	1,00(0,97-1,00)	1,00(0,85-1,00)	0,190
Forte³	1,00(0,78-1,00)	1,00(0,57-1,00)	1,00(0,93-1,00)	0,646

Mediana (1º - 3º Quartil); ³Teste de Mann Whitney.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Pela Tabela 5 é possível constatar que para todas as variáveis avaliadas relativo à Escala 2 não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de estudo e controle ($p>0,05$).

Tabela 5 – Resultado Escala 2

Variáveis	Global (n=50)	Estudo (n=25)	Controle (n=25)	P-valor
Ativa ³	1,00(0,88-1,00)	1,00(0,76-1,00)	1,00(0,84-1,00)	0,590
Animada ³	0,50(0,00-1,00)	1,00(0,50-1,00)	1,00(0,27-1,00)	0,673
Voraz ³	0,05(0,00-0,56)	0,05(0,00-0,50)	0,05(0,00-1,00)	0,472
Sociável ³	1,00(0,40-1,00)	1,00(0,46-1,00)	1,00(0,18-1,00)	0,328
Dinâmica ³	0,69(0,00-1,00)	0,95(0,05-1,00)	1,00(0,13-1,00)	0,159
Educada ³	1,00(0,53-1,00)	1,00(0,47-1,00)	1,00(0,71-1,00)	0,335
Alegre ³	1,00(0,94-1,00)	1,00(0,50-1,00)	1,00(0,95-1,00)	0,692
Fácil ³	0,50(0,05-1,00)	0,50(0,27-0,76)	0,57(0,03-1,00)	0,441
Inteligente ³	1,00(0,74-1,00)	1,00(0,48-1,00)	0,00(0,91-1,00)	0,328
Aceitadora ³	0,56(0,04-1,00)	0,56(0,47-0,69)	0,56(0,00-1,00)	0,797
Ordenada ³	1,00(0,50-1,00)	1,00(0,50-1,00)	1,00(0,50-1,00)	0,380
Afetuosas ³	0,55(0,41-1,00)	0,97(0,42-1,00)	0,53(0,42-1,00)	0,707
Independente ³	0,95(0,50-1,00)	0,55(0,50-1,00)	0,95(0,67-1,00)	0,412
Determinada ³	1,00(0,94-1,00)	1,00(0,75-1,00)	1,00(0,95-1,00)	0,795
Confiante ³	0,96(0,50-1,00)	0,57(0,48-1,00)	1,00(0,56-1,00)	0,359
Vivaz ³	1,00(0,87-1,00)	1,00(0,91-1,00)	0,57(0,48-1,00)	0,963
Forte ³	0,97(0,50-1,00)	0,57(0,49-1,00)	1,00(0,58-1,00)	0,232

Mediana (1° - 3° Quartil); ³Teste de Mann Whitney.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Pela Tabela 6 é possível constatar que para todas as variáveis avaliadas relativo à Escala 3 não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de estudo e controle ($p>0,05$).

Tabela 6 - Resultado Escala 3

Variáveis	Global (n=50)	Estudo (n=25)	Controle (n=25)	P-valor
Ativo ³	1,00(0,09-1,00)	0,95(0,07-1,00)	1,00(0,12-1,00)	0,389
Calmo ³	0,05(0,00-1,00)	0,10(0,00-1,00)	0,00(0,00-1,00)	0,623
Voraz ³	0,48(0,00-0,95)	0,10(0,00-0,99)	0,50(0,00-0,59)	0,770
Sociável ³	1,00(0,45-1,00)	1,00(0,50-1,00)	1,00(0,45-1,00)	0,908
Dinâmico ³	1,00(0,50-1,00)	1,00(0,53-1,00)	1,00(0,50-1,00)	0,912
Educado ³	1,00(0,72-1,00)	1,00(0,46-1,00)	1,00(0,90-1,00)	0,502
Alegre ³	1,00(0,95-1,00)	1,00(0,95-1,00)	1,00(0,98-1,00)	0,743
Fácil ³	0,91(0,04-1,00)	0,90(0,00-1,00)	0,91(0,19-1,00)	0,689
Inteligente ³	1,00(1,00-1,00)	1,00(0,98-1,00)	1,00(1,00-1,00)	0,698
Aceitador ³	0,57(0,00-1,00)	0,56(0,00-1,00)	0,79(0,25-1,00)	0,625
Ordenado ³	1,00(0,49-1,00)	1,00(0,77-1,00)	0,80(0,36-1,00)	0,081
Afetuosos ³	1,00(0,05-1,00)	1,00(0,15-1,00)	1,00(0,05-1,00)	0,819
Independente ³	0,50(0,00-1,00)	0,50(0,00-1,00)	0,50(0,00-1,00)	0,612
Determinado ³	1,00(0,52-1,00)	1,00(0,51-1,00)	0,95(0,51-1,00)	0,554
Confiante ³	1,00(0,06-1,00)	1,00(0,36-1,00)	1,00(0,03-1,00)	0,591
Vivaz ³	1,00(0,50-1,00)	1,00(0,50-1,00)	1,00(0,55-1,00)	0,826
Forte ³	1,00(0,85-1,00)	1,00(0,71-1,00)	1,00(0,86-1,00)	0,590

Mediana (1° - 3° Quartil); ³Teste de Mann Whitney.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Pela Tabela 7 é possível constatar que para todas as variáveis avaliadas relativo à Escala 4 não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de estudo e controle ($p>0,05$).

Tabela 7 - Resultado Escala 4

Variáveis	Global (n=50)	Estudo (n=25)	Controle (n=25)	P-valor
Afetuosa ³	1,00(0,95-1,00)	1,00(0,98-1,00)	1,00(0,95-1,00)	0,750
Segura ³	1,00(0,94-1,00)	1,00(1,00-1,00)	1,00(0,89-1,00)	0,327
Disponível ³	1,00(0,99-1,00)	1,00(1,00-1,00)	1,00(0,95-1,00)	0,195
Flexível ³	1,00(0,53-1,00)	0,95(0,50-1,00)	1,00(0,95-1,00)	0,294
Atenciosa ³	1,00(0,64-1,00)	1,00(0,73-1,00)	1,00(0,62-1,00)	0,857
Paciente ³	1,00(0,46-1,00)	1,00(0,45-1,00)	1,00(0,50-1,00)	0,346
Permissiva ³	0,41(0,00-0,50)	0,46(0,00-0,50)	0,36(0,00-0,50)	0,835
Aceita facilmente ³	0,54(0,49-1,00)	0,50(0,43-0,82)	0,54(0,50-1,00)	0,483
Brincalhona ³	0,93(0,50-1,00)	0,82(0,54-1,00)	0,95(0,50-1,00)	0,853
Controladora ³	0,92(0,50-1,00)	1,00(0,50-1,00)	0,84(0,45-1,00)	0,113
Tranquila ³	0,24(0,00-0,81)	0,34(0,00-0,54)	0,10(0,00-0,86)	0,920
Generosa ³	1,00(0,95-1,00)	1,00(0,95-1,00)	1,00(0,95-1,00)	0,930
Satisfeita ³	1,00(0,97-1,00)	1,00(1,00-1,00)	1,00(0,95-1,00)	0,443
Alegre ³	1,00(0,99-1,00)	1,00(0,77-1,00)	1,00(1,00-1,00)	0,357
Ativa ³	1,00(0,58-1,00)	1,00(0,51-1,00)	1,00(0,70-1,00)	0,938
Possessiva ³	0,60(0,00-1,00)	0,50(0,00-1,00)	0,95(0,07-1,00)	0,613
Acha fácil papel de mãe ³	0,53(0,07-1,00)	0,50(0,00-1,00)	0,53(0,44-1,00)	0,354

Mediana (1º - 3º Quartil); ³Teste de Mann Whitney.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Pela Tabela 8 é possível constatar que para todas as variáveis avaliadas relativo à Escala 5 não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de estudo e controle ($p>0,05$), exceto para a variável Segura ($p<0,007$), onde 22 das 25 mães do grupo controle (88%) classificaram suas mães com a nota 1,0 e no grupo estudo esse número foi de 14 das 25 mães (56%).

Tabela 8 – Resultado Escala 5

Variáveis	Global (n=50)	Estudo (n=25)	Controle (n=25)	P-valor
Afetuosa ³	1,00(0,94-1,00)	1,00(0,69-1,00)	1,00(0,95-1,00)	0,441
Segura ³	1,00(0,90-1,00)	1,00(0,03-1,00)	1,00 (1,00-1,00)	0,007*
Disponível ³	1,00(0,50-1,00)	1,00(0,500-1,00)	1,00 (0,52-1,00)	0,549
Flexível ³	1,00(0,50-1,00)	0,95(0,24-1,00)	1,00 (0,53-1,00)	0,219
Atenciosa ³	1,00(0,50-1,00)	1,00(0,25-1,00)	1,00 (0,50-1,00)	0,737
Paciente ³	0,57(0,41-1,00)	0,59(0,44-1,00)	0,50 (0,23-1,00)	0,747
Permissiva ³	0,46(0,00-0,97)	0,46(0,00-0,52)	0,48 (0,00-1,00)	0,415
Aceita facilmente ³	0,69(0,49-1,00)	0,50(0,50-1,00)	0,92 (0,28-1,00)	0,503
Brincalhona ³	0,53(0,00-1,00)	0,46(0,00-1,00)	0,57 (0,00-1,00)	0,463
Controladora ³	0,56(0,00-1,00)	0,58(0,00-1,00)	0,53 (0,00-1,00)	0,485
Tranquila ³	0,62(0,00-1,00)	0,52(0,00-1,00)	0,90 (0,25-1,00)	0,340
Generosa ³	1,00(1,00-1,00)	1,00(1,00-1,00)	1,00 (0,98-1,00)	0,820
Satisfeita ³	1,00(0,95-1,00)	1,00(0,61-1,00)	1,00 (0,96-1,00)	0,731
Alegre ³	1,00(0,67-1,00)	1,00(0,57-1,00)	1,00 (1,00-1,00)	0,123
Ativa ³	1,00(0,48-1,00)	1,00(0,46-1,00)	1,00 (0,50-1,00)	0,668
Possessiva ³	0,35(0,00-0,95)	0,50(0,00-0,98)	0,06 (0,00-0,50)	0,325
Acha fácil papel de mãe ³	0,94(0,26-1,00)	1,00(0,16-1,00)	0,93 (0,28-1,00)	0,926

Mediana (1º - 3º Quartil); ³Teste de Mann Whitney; *p-valor<0,05

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Para a análise do áudio do **momento interativo** da díade mãe-bebê (gestante-feto) na fase gestacional utilizou-se o teste de Mann Whitney.

Pela Tabela 9 é possível constatar que para todas as variáveis avaliadas relativas aos áudios Mãe e Feto não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de estudo e controle ($p > 0,05$), exceto para a variável Canto e % Canto ($p = 0,048$), que apresentou uma diferença no terceiro quartil, sendo esse valor maior para o grupo estudo, em ambas as variáveis.

Tabela 9 – Avaliação Áudio Mãe-Feto

Variáveis	Global (n=50)	Estudo (n=25)	Controle (n=25)	P-valor
% Manhês ³	0,0(0,0-11,4)	0,0(0,0-12,4)	0,0(0,0-12,1)	0,940
Tempo de manhês ³	0,0(0,0-26,5)	0,0(0,0-26,5)	0,0(0,0-27,0)	0,923
% Manhês durante a fala ³	0,0(0,0-24,3)	0,0(0,0-24,8)	0,0(0,0-25,0)	0,864
Tempo total de fala ³	101,5(67,5-151,5)	106,0(54,5-145,5)	97,0(69,0-164,0)	0,892
% Vocalização ³	42,4(16,0-66,0)	43,9(5,46-62,8)	40,4(23,01-75,9)	0,460
Tempo total de vocal ³	75,5(30,5-126,8)	52,0(3,5-113,5)	77,0(41,0-158,5)	0,202
% Canto ³	0(0-0)	0,0(0,0-5,3)	0,0(0,0-0,0)	0,048
Tempo canto ³	0(0-0)	0,0(0,0-11,5)	0,0(0,0-0,0)	0,048
% Silêncio ³	41,5(17,2-65,1)	40,04(17,2-63,9)	42,6(16,9-65,2)	0,801
Tempo de Silêncio ³	80,0(23,0-133,5)	74,0(23,0-125,5)	88,0(23,0-146,5)	0,614
Tempo total ³	198,5(183,0-219,5)	196,0(181,213,5)	204,0(184,0-231,5)	0,240
Análise do Conteúdo (Positivo) ²	48(96)	24(96)	24(96)	1,0

Frequência (%); Mediana (1º quartil - 3º quartil); ¹Teste qui-quadrado; ²Teste exato de Fisher; ³Teste de M. Whitney.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Para a análise das Escala de Depressão: *Echelle de Gravite de La Depression de Raskin*²⁷ e Escala de Ansiedade: *Echelle de Gravite de L'Anxiete de Covi*²⁶ com base na soma da mediana foi realizada a análise numérica com a utilização do teste Man-Whitney e foi realizada a análise de cada item (Discurso, Comportamento e Sintomas) observado e pontuado em separado. Houve diferença significativa entre os grupos apenas para o item comportamento ($p = 0,046$) da Escala de Depressão. No entanto pode-se observar que os valores da análise de cada item separadamente são muito próximos do valor de significância, ou seja, $p = 0,05$. Na análise da soma de todos os itens constatou-se diferença significativa entre os grupos tanto para a de ansiedade ($p = 0,018$), quanto para de ansiedade ($p = 0,038$).

Pela Tabela 10 é possível constatar que, para todas as variáveis relativas às escalas de gravidade em duas classes, sem gravidade e com gravidade, houve associação significativa ($p < 0,05$) com os grupos. E quando se observa a tabela constata-se que a associação foi sempre entre a classe com gravidade e o Grupo de Estudo, apontando para uma maior prevalência de gravidade nos grupos de estudo quando comparado com os controles para as escalas Covi (gestantes com escores para gravidade de ansiedade), Raskin (gestantes com escores para

gravidade de depressão) e Raskin Covi (gestantes com escores para gravidade de ansiedade e depressão).

Nas tabelas pode-se verificar que em todas as análises estatísticas que comparam os dois grupos estudo e controle apresentaram diferença significativa.

Tabela 10 – Associação entre as Escalas de Gravidade nos grupos de estudo e controle.

Variáveis	Global (n=50)	Estudo (n=25)	Controle (n=25)	P-valor
Covi¹	50	25	25	0,015*
Sem Gravidade	34(68)	13(52)	21(84)	
Com Gravidade	16(32)	12(48) [†]	4(16)	
Raskin¹	50	25	25	0,002*
Sem Gravidade	39(78)	15(60)	24(96)	
Com Gravidade	11(22)	10(40) [†]	1(4)	
Raskin Covi¹	50	25	25	0,005*
Sem Gravidade	40(80)	16(64)	24(96)	
Com Gravidade	10(20)	9(36) [†]	1(4)	

Frequência (%); ¹Teste Qui-quadrado de Pearson; *p-valor<0,05; [†]Associação significativa.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A hipótese de associação da escala de gravidade (sem e com gravidade) nos Grupos Estudo e Controle quando se estratifica a amostra pelas representações maternas Integradas e Equilibradas (n=35) e Reduzidas e Desinvestidas (n=13) também foi testada. Ressalta-se que para as representações maternas Não integradas/ambivalentes o tamanho amostral igual a dois inviabilizou o seguimento das análises nesse estrato.

Pela Tabela 11, onde se avalia as associações para representações maternas Integradas e Equilibradas, é possível constatar que apenas para escala Raskin houve associação significativa (p<0,05), onde a classe com gravidade apresenta uma maior prevalência de gravidade no grupo de estudo quando comparado com os controles.

Tabela 11 – Associação entre as Escalas nos grupos de estudo e controle entre aquelas mães que tiveram Representações Integradas e Equilibradas (n=35)

Variáveis	Global (n=35)	Estudo (n=17)	Controle (n=18)	P-valor
Covi²	35	17	18	0,146
Sem Gravidade	25(71,4)	10(58,8)	15(83,3)	
Com Gravidade	10(28,6)	7(41,2)	3(16,7)	
Raskin²	35	17	18	0,041*
Sem Gravidade	28(80)	11(64,7)	17(94,4)	
Com Gravidade	7(20)	6(35,3) [†]	1(5,6)	
Raskin Covi²	35	17	18	0,088
Sem Gravidade	29(82,9)	12(70,6)	17(94,4)	
Com Gravidade	6(17,1)	5(29,4)	1(5,6)	

Frequência (%); ²Teste Exato de Fisher; *p-valor<0,05; [†]Associação significativa.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Pela Tabela 12, onde se avalia as associações para as representações maternas Reduzidas e Desinvestidas, é possível constatar que não houve associação significativa ($p < 0,05$) para as variáveis testadas.

Tabela 12 - Associação entre as Escalas nos grupos de estudo e controle entre aquelas mães que tiveram Representações Reduzidas e Desinvestidas (n=13)

Variáveis	Global (n=13)	Estudo (n=8)	Controle (n=5)	P-valor
Covi	13	8	5	0,266
Sem Gravidade	7(53,8)	3(37,5)	4(80,0)	
Com Gravidade	6(46,2)	5(62,5)	1(20,0)	
Raskin	13	8	5	0,105
Sem Gravidade	9(69,2)	4(50,0)	5(100,0)	
Com Gravidade	4(30,8)	4(50,0)	0(0,0)	
Raskin Covi	13	8	5	0,105
Sem Gravidade	9(69,2)	4(50,0)	5(100,0)	
Com Gravidade	4(30,8)	4(50,0)	0(0,0)	

Frequência (%); ¹Teste Exato de Fisher; *p-valor<0,05; †Associação significativa.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

DISCUSSÃO

Os relatos das gestantes diante de um diagnóstico pré-natal revelaram que elas permaneceram muito atentas às imagens dos exames ultrassonográficos. Muitas descreveram com detalhes as características do feto e mostraram as imagens do exame enfatizando os aspectos positivos e negativos.

A ultrassonografia é, geralmente, muito esperada pelos pais. Alguns deles demonstram muita curiosidade e ficam apreensivos e ansiosos.¹⁵

A partir da análise de todo o material coletado, tais como as entrevistas, preenchimento das cinco escalas (cinco listas de adjetivos com base no modelo diferencial semântico, ou seja, cada uma das cinco listas apresentam dezessete características opostas), registro do momento interativo e da aplicação das Escalas de Ansiedade e Escala de Depressão, constatou-se que a história de vida de cada uma reuniu características muito particulares.

A entrevista explora os seguintes aspectos:

- a) o desejo da maternidade na história pessoal da mulher e na história de seu parceiro;
- b) emoções pessoais, em relação ao casal e à família no anúncio da Gravidez;
- c) emoções e mudanças no curso da gravidez na vida pessoal, do casal e no relacionamento com a própria mãe, assim como a perspectiva do parto;

- d) percepções, emoções e fantasias relacionadas ao bebê (feto);
- e) expectativas futuras quanto às características de si mesmas como mãe e as características da criança;
- f) a perspectiva histórica da mãe em relação ao seu papel atual e com relação a sua experiência como filha.

A estrutura da entrevista considera tanto o conteúdo em relação aos dizeres das mulheres, quanto à sua estrutura narrativa. Em relação à estrutura narrativa são avaliadas: a riqueza das percepções, a abertura para mudar e flexibilidade, a intensidade do investimento, a coerência na estrutura, entre outras dimensões.¹¹

A notícia de um diagnóstico pré-natal de anomalia estrutural geralmente ocorre de modo inesperado e traz em seu bojo aspectos negativos e positivos. Pode desencadear diversos sentimentos, sofrimentos e inquietações, uma vez que não se sabe com exatidão, em alguns casos, o que ocorrerá ao feto, tampouco como se dará o seu desenvolvimento. Além disso, há como sempre, a necessidade da morte do bebê imaginário para o nascimento do bebê real, permeada por sentimentos intensos de fracasso e culpa de difícil e lenta recuperação.^{17,31-32}

Já no acompanhamento às consultas do grupo controle, verificou-se que a gestante e seus familiares sempre questionavam sobre vários aspectos como, por exemplo, dores no corpo, falta de ar, etc. O feto possui um nome, e a ansiedade relacionava-se geralmente à via de parto, às possíveis dores das contrações, principalmente quando eram primigestas.

Muitas gestantes dos dois grupos estudo e controle relataram que conversavam com o filho intraútero. Descreviam com riqueza de detalhes comportamentos atribuídos ao feto, quando este recebia um estímulo auditivo e/ou tátil, como a voz e o toque no ventre materno de pessoas que manifestavam um vínculo afetivo com o futuro bebê.

As mães explicavam que o feto diante de variados estímulos reagia com movimentos vigorosos, ou às vezes, se estavam agitados, ficavam calmos. As mães relataram essas situações da seguinte forma: “–Ela se sente segura quando o papai está perto”. “–Ele mexe muito quando eu converso com ele”. “–Ele gosta do vovô, sempre mexe quando o vovô conversa com ele”. “–Acho que ela vai ser muito levada, porque ela movimenta muito”. “–Quando o papai está perto ele fica só mexendo”. “–Agora ela está tímida, não quer responder” (ou seja, não está mexendo).

Verificou-se que para muitas mães a interação é estabelecida a partir dos movimentos fetais, ou seja, os movimentos fetais são interpretados como sinais comunicativos do bebê.

Constatou-se que para algumas mães seus sentimentos se misturavam ao do feto, como pode-se constatar no seguinte relato: “–Agora não estou bem, ela não vai querer mexer”.

A partir dos estudos de Busnel, pesquisadora fetal e perinatal, Szejer³³ enfatiza que durante os últimos três meses de gestação o feto é capaz de responder à voz de sua mãe. Conforme afirma, “especialmente quando ela lhe fala, ele é sensível aos conteúdos semânticos que lhe são diretamente dirigidos, a essa palavra que lhe chega de dentro e de fora, misturada pelo líquido amniótico no qual se banha.”

Szejer³⁰ esclarece que Busnel também mostrou que o feto reage igualmente quando sua mãe fala com ele em pensamento, que ele é sensível às intenções.

As gestantes do grupo estudo dificilmente demonstravam interesse para conversarem, após as consultas médicas quando a equipe médica esclarecia as condições clínicas do feto. Muitas mães completamente desmotivadas negavam realizar o momento interativo com o feto, ou seja, momento necessário pertencente à coleta de dados do estudo. Nestes momentos, verificou-se que o acolhimento, ou simplesmente o ato de ouvir os pais ou respeitar seu silêncio tornava-se fundamental. Diante desta realidade, os encontros foram programados na sua maioria antes das consultas médicas.

De acordo com as análises do banco de dados, constatou-se que a condição de maior complexidade e incertezas com relação ao quadro clínico do bebê não afeta diretamente a condição da mãe de vivenciar com intensidade suas representações maternas. A mãe é capaz de mesmo diante de situações extremamente desfavoráveis, conseguir superar o trauma da notícia de uma ultrassonografia fetal alterada e manifestar expectativas otimistas, estabelecer um vínculo forte e atribuir somente características positivas ao futuro bebê.

A análise revelou que algumas gestantes do grupo controle, com exames ultrassonográficos dentro da normalidade apresentaram resultados negativos com relação ao grau e qualidade de investimento na relação com o feto.

Com relação ao item Riqueza das Percepções (variáveis de representações de você mesmo como mãe) grande parte do grupo estudo foi classificado com nível Considerável (durante a entrevista, emerge uma notável riqueza e variedade de percussões. A gravidez é considerada de diferentes perspectivas e pontos de vista) enquanto que a maior parte do grupo controle foi Limitado (as descrições são gerais e não muito elaboradas, com uma pequena variedade de pontos de vista e alguns estereótipos).¹¹

A análise de todos dos itens que compõem o questionário e avalia a qualidade das representações maternas (a riqueza das percepções, a abertura para mudar e flexibilidade, a intensidade do investimento, a coerência na estrutura, entre outras dimensões) revelam níveis

classificados predominantemente de moderado a considerável em ambos os grupos. Com relação ao item Diferenciação da Auto Representação e Emergência de Fantasias, o resultado foi classificado em Limitado (a consciência da escolha, é fraca, bem como a capacidade da pessoa de se inscrever na história pessoal / há poucas fantasias, circunscritas a domínios delimitados) para o grupo estudo, no entanto nas análises gerais não houve diferença significativa entre os grupos estudo e controle (vide Tabelas 1 e 2).

Após as análises observou-se que algumas gestantes do grupo estudo em seus relatos manifestavam-se desmotivadas caracterizando vínculos desintegrados ou desinvestidos. Apresentaram também sintomas de ansiedade e/ou depressão, no entanto, quando preencheram as escalas com características atribuídas ao bebê, escolheram somente características positivas, ou seja, demonstraram muito otimismo com relação ao desenvolvimento do bebê.

Com relação às variáveis de representações do feto, observou-se que em Riqueza das Percepções, Abertura para Mudar/Flexibilidade, Intensidade do Investimento, Consistência e Emergência de Fantasias, os dois grupos estudo e controle obtiveram nível de moderado a considerável e em Dependência Social os dois grupos obtiveram nível limitado (Durante a entrevista, a mulher às vezes se refere aos pontos de vista de outras pessoas ou mensagens socioculturais sobre a criança, mas no total elas têm pouca influência na representação da criança).

Nas entrevistas observou-se que grande parte das mães quando falavam do bebê expressavam-se com entusiasmo, revelavam características observadas no comportamento (reações do feto/movimentos fetais) do bebê e faziam associações com os familiares mais próximos, como irmãos, ela própria, o pai e avós. Preponderava a percepção materna, sua experiência pessoal e história de vida, em detrimento de outras influências sociais. Poucas mães relacionaram características que elas atribuíam ao bebê com estigmas sociais, como exemplo características relacionadas ao sexo (“-ele é igual a homem mesmo, todo agitado”. “-será levado, porque é homem”).

As análises revelaram Representações predominantemente do tipo Integradas e Equilibradas, sendo que 17 díades do grupo estudo e 18 díades do grupo controle, num total de 35 díades em 50 díades acompanhadas, e conseqüentemente não houve diferença significativa entre os grupos para o tipo de representação materna (vide Tabela 3). O escore final categoriza as representações das mulheres em três padrões: bom (integradas/equilibradas), intermediário (reduzidas/desinvestidas) e ruim (não integradas / ambivalentes). Das 15 díades restantes, 08 díades do grupo estudo foram classificadas em

Representações Reduzidas e Desinvestidas; e das 07 díades do grupo controle, 5 foram classificadas em Representações Reduzidas e Desinvestidas e 02 foram classificadas em Representações Não Integradas e Ambivalentes. Portanto, constatou-se que as duas díades com representações consideradas “ruins” pertencem ao grupo controle.

Com relação às **cinco listas de adjetivos com base no modelo diferencial semântico** (cada uma das cinco listas apresentam dezessete características opostas) cada uma das gestantes manifestou sua opinião ou impressão enfrentada no período gestacional com relação a diferentes posições e vínculos afetivos (características individuais do bebê, características individuais de si mesma, características individuais do pai, características maternas dela mesma e características individuais de sua própria mãe) pode-se constatar diferença significativa ($p=0.007$) entre os grupos apenas para o item **Segura** das Características Individuais atribuídas a sua própria Mãe, onde 22 das 25 gestantes do grupo controle (88%) classificaram suas mães com a nota 1,0 (100% seguras na função de mães) e no grupo estudo esse número foi de 14 das 25 gestantes (56%), ou seja, 56% das gestantes do grupo estudo consideraram sua própria mãe 100% seguras e as outras 11 gestantes restantes, 6 consideram sua própria mãe 100% inseguras e 3 consideram suas mães de 0,05 a 0,97 inseguras na função de mãe, ou seja, 24% das gestantes do grupo estudo consideraram a própria mãe insegura na função de mãe (Tabela 8).

Desta forma verificou-se que uma quantidade significativa das gestantes do grupo estudo, diante de um diagnóstico de suspeita ou confirmação de alguma alteração estrutural do feto, consideraram sua própria mãe insegura na função de mãe. Atribuíram à própria mãe uma característica negativa.

As reações parentais frente a um diagnóstico pré-natal de uma possibilidade ou confirmação de anormalidade fetal foram muito estudadas. As reações dos pais diante de um diagnóstico pré-natal de anormalidade fetal e propuseram fases de organização dessas reações.³⁴ São elas: choque, negação, tristeza e cólera, equilíbrio e reorganização. A primeira fase é marcada por comportamentos de fuga, crises de choro e descontrole emocional. Em geral, os casais, especialmente as mães, tendem a se sentirem desamparados e inseguros. Nesse momento podem surgir questionamentos como: Por que comigo? O que foi que eu fiz? Em seguida, é comum um período de descrença nos fatos e a necessidade de confirmação da verdade do diagnóstico. É comum, nessa fase, os pais procurarem outros médicos e realizarem novos exames, chegando, por vezes, a esconder a informação já sabida como uma tentativa de obter resultados diferentes. Esta reação de negação, aos poucos vai dando lugar à tristeza, revelando um momento bastante difícil. Em uma fase seguinte os pais começam a querer

compreender o que de fato ocorreu e as suas causas. Pensam em como será após o nascimento dando início a um período de equilíbrio e organização.³⁴

As fases que seguem à notícia do diagnóstico de anormalidade fetal podem assumir outro percurso. Inicialmente as fases de choque e negação, nas quais o bebê ainda não é visto como separado pelos pais, depois surge uma fase das reações impulsivas em que todo o sentimento de tristeza e decepção é direcionado ao bebê que assume uma identidade. Esse sentimento de não-aceitação desencadeia a fase de busca do culpado, na medida em que o pai e/ou a mãe não podem tolerar sua própria culpa de estar rejeitando o bebê. Assim, essa culpa é projetada, em geral, para o parceiro, o médico e/ou para a ascendência familiar de cada um.³⁵

No **momento que favoreceu a troca interativa** da díade mãe-feto, foi realizada a gravação de um áudio durante três minutos. Durante este tempo ela ficou a sós na sala da entrevista e podia ficar à vontade, ou seja, ficar em silêncio, conversar com o feto, enfim o que desejasse fazer.

A maioria das gestantes sentiu-se encorajadas e incentivadas a registrarem uma mensagem ao seu bebê. A análise do conteúdo revelou predominantemente mensagens consideradas positivas, de afeto, declaração de amor, promessas de cuidado incondicional e expectativa de logo poder segurá-lo em seus braços.

Pode-se verificar que das 50 gestantes, 22 falaram em “manhês” (fala direcionada ao bebê), sendo que 11 gestantes de cada grupo. Apenas 01 mãe permaneceu todo o tempo em silêncio e 07 gestantes cantaram para seus bebês, sendo que destas 06 pertenciam ao grupo estudo, caracterizando na análise estatística uma diferença significativa ($p=0,048$) entre os grupos estudo e controle (Tabela 9).

Verificou-se que o tempo máximo de manhês (≥ 100 segundos), ou seja, as gestantes que utilizaram por mais tempo a fala denominada “manhês” (motherese) corresponde a 04 gestantes do grupo estudo, 149, 148, 101 e 100 segundos. “O manhês, enquanto forma melodiosa, ritmada, sintonizada e suave da voz que a mãe, ou quem exerça a função materna, endereça ao bebê.”³⁶

Foi possível constatar que para todas as variáveis avaliadas relativas aos áudios do momento interativo da díade mãe-bebê (feto) não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de estudo e controle ($p>0,05$), exceto para a variável Canto e % Canto ($p=0,048$), que apresentou uma diferença no terceiro quartil, sendo esse valor maior para o grupo estudo, em ambas as variáveis, ou seja, as mães que cantaram pertenciam ao grupo estudo (Tabela 9).

A análise estatística de cada item separadamente revelou diferença significativa apenas para o item comportamento ($p=0,046$) da Escala de Depressão de Raskin, no entanto os outros valores observados demonstraram que estão muito próximos do valor com significância ($p\leq 0,05$) (Tabela 11).

Já as análises com relação à soma dos itens foi possível constatar diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudo e controle para as duas escalas de ansiedade e depressão. Verificou-se que existe prevalência da classificação inexistência para a soma do Covi para o grupo controle comparado ao grupo estudo. A classificação muito foi mais prevalente no grupo estudo com relação ao grupo controle.

O grupo controle tem maior prevalência da classificação inexistência e o grupo estudo teve maior prevalência da classificação muito para a soma do Raskin.

Foi possível constatar que, para todas as variáveis relativas às escalas de gravidade em duas classes, sem gravidade e com gravidade, houve associação significativa ($p<0,05$) com os grupos. E quando se observa a tabela constata-se que a associação foi sempre entre a classe com gravidade e o Grupo de Estudo, apontando para uma maior prevalência de gravidade no grupo de estudo quando comparado com o controle para as escalas Covi (gestantes com escores para gravidade de ansiedade), Raskin (gestantes com escores para gravidade de depressão) e Raskin Covi (gestantes com escores para gravidade de ansiedade e depressão).

Ao constatar a diferença significativa entre os grupos para a gravidade de ansiedade (escala Covi), para a gravidade de depressão (escala Raskin) e para a gravidade de ansiedade e depressão (Covi e Raskin) (Tabela 11 e 12). Assim como foi possível verificar que as gestantes do grupo estudo apresentaram maiores escores para gravidade de ansiedade, para gravidade de depressão e para gravidade de ansiedade e depressão.

A partir destes achados estatísticos optou-se em fazer análises estratificadas para ser possível relacionar estes resultados com outros dados analisados, como por exemplo, a qual tipo de Representação Materna pertencem? No sentido de conhecer e caracterizar melhor estes quadros com ansiedade, depressão e ansiedade e depressão.

Verificou-se que das 50 gestantes, 35 pertencem ao tipo de Representação Integradas e Equilibradas. 13 gestantes pertencem ao tipo de Representação Reduzidas e Desinvestidas e apenas 02 gestantes pertencem ao tipo de Representação Não Integradas e Ambivalentes.

As 35 gestantes pertencentes ao tipo de Representação Integradas e Equilibradas, Destas 10 possuem escore de ansiedade, sendo que 07 pertencem ao grupo estudo e 03 pertencem ao grupo controle. Verificou-se que das 35 gestantes, 07 gestantes com escore de depressão, sendo que 06 pertencem ao grupo estudo e 01 pertence ao grupo controle.

Verificou-se que das 35 gestantes, 06 gestantes possuem escore de ansiedade e depressão (Covi e Raskin), sendo que 5 pertencem ao grupo estudo e 1 pertence ao grupo controle.

Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,041$) entre os grupos estudo e controle com relação a Escala de Depressão (Raskin) e Representação Integrada e Equilibrada.

Verificou-se que as 13 gestantes pertencentes ao tipo de Representação Reduzidas e Desinvestidas, 06 possuem escore de ansiedade (Covi), sendo 05 pertencem ao grupo estudo e 01 pertence ao grupo controle. 04 possuem escore para gravidade de depressão (Raskin), sendo que as 04 pertencem ao grupo estudo. Verificou-se que 04 possuem escore para gravidade de ansiedade e gravidade de depressão (Covi e Raskin).

Não houve diferença significativa entre os grupos para gravidade de ansiedade e ou depressão e o tipo de Representação Reduzidas e Desinvestidas e para o tipo de Representação Não Integradas e Ambivalentes o tamanho amostral igual a dois inviabilizou o seguimento das análises nesse estrato.

Assim constata-se uma forte relação dos quadros de ansiedade e/ou de depressão com o grupo estudo, no entanto não foi encontrada na análise dos dados estratificados relação com o tipo de Representação, ou seja, não comprometeu o tipo de Representação Materna. Inclusive houve uma diferença significativa entre os grupos estudo e controle para a gravidade de depressão em gestantes pertencentes ao tipo de Representação Integradas e Equilibradas.

Estes achados demonstram que o estado emocional da mãe, a condição de maior fragilidade e instabilidade emocional não comprometeu a qualidade de sua relação com o feto.

No entanto a diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudo e controle, tanto para ansiedade ($p=0,015$), quanto para depressão ($p=0,002$) e para ansiedade e depressão ($p=0,005$), em que o grupo estudo apresentou os escores de gravidade, coloca em evidência a importância de se considerar o impacto do diagnóstico pré-natal no estado emocional da gestante.

A complexidade do universo gestacional e os cuidados pré-natais precisam ser sempre considerados como muita relevância, desde a relação de todos os profissionais que atuam na assistência clínica, diagnóstico e intervenções, com a gestante, pais e familiares. Desta forma esses cuidados contribuíram para minimizar os efeitos das intercorrências inerentes ao período gestacional.

A literatura esclarece que as condições físicas e psicológicas da mãe no período pré, peri e pós parto possuem grande importância, já que as bases do desenvolvimento infantil se

estabelecem nessa mesma época e dependem intimamente do funcionamento da díade.³⁷ Quadros como a depressão pós-parto, uma condição de alta prevalência em várias culturas e em diversas áreas geográficas, foram objeto de inúmeros estudos para avaliar seu impacto na interação mãe-bebê e no desenvolvimento do bebê.³⁸ No entanto, a revisão dessa vasta literatura revela resultados também muitas vezes contraditórios. Vários estudos salientam os efeitos deletérios da depressão pós-parto na interação mãe-bebê,³⁹⁻⁴⁰ como: comprometimento do afeto positivo, da sintonia afetiva,⁴¹ da regulação de comportamentos hostis e de intrusividade.⁴²⁻⁴³ Por outro lado, muitos estudos europeus não conseguiram estabelecer correlação estatisticamente significativa entre grau de depressão manifestada e o prejuízo na interação mãe-bebê. Entretanto, para o grupo de mães deprimidas, a maior intrusividade da mãe estava associada a um melhor engajamento da criança, e um comportamento materno mais distante se associava a menor vitalidade da criança.⁴⁴⁻⁴⁵

Portanto, **conclui-se** que a presença do diagnóstico pré-natal, apesar de ter influenciado o estado emocional materno, não comprometeu o tipo de representação materna e não teve um efeito negativo na qualidade da interação da díade mãe-bebê na fase gestacional.

Szejer³³, quando retoma numerosos estudos de Busnel, explica que os efeitos de diferentes estresses são variáveis e podem até mesmo ser opostos, os estresses de curta duração e baixa intensidade podem ser estruturantes e bastante benéficos, enquanto que os estresses muito intensos e/ou de longa duração podem ter efeitos prejudiciais, tanto no desenvolvimento do sistema nervoso quanto no desenvolvimento da estabilidade psicofisiológica da futura criança. Não se sabe ao certo como essa transmissão será filtrada pela mãe e pela personalidade de seu bebê. A representação materna ligada a um estresse modifica a frequência cardíaca do feto, deixando assim, um traço. Entretanto, a influência desse último no desenvolvimento futuro da criança depende totalmente do contexto.

“O desenvolvimento do feto se faz na alternância de movimentos de serenidade e de movimentos de estresse, e é mesmo graças a essa mudança, que ele percebe sua mãe e forja seu psiquismo”.³³

Considerar que a vida psíquica começa bem antes do nascimento é retirar o feto da passividade e também sustentar o seu lugar de interlocutor. Neste mesmo íterim, valoriza não somente o bebê, mas todo o seu entorno.

Este estudo considera a importância da investigação dos efeitos dos acontecimentos da fase gestacional na interação da díade mãe-bebê em diferentes contextos. Enfatiza o lugar dos profissionais que lidam diretamente e indiretamente com os pais e com o bebê nesta fase

intrauterina e reconhece a importância do lugar do bebê de interlocutor ativo ainda em sua fase fetal.

Esta proposta poderá ser capaz de permitir que o bebê em uma fase seguinte ocupe sua função de professor como ilustra Parlato-Oliveira⁴⁶: “Ele é um professor de língua multimodal singular, nos ensina suas expressões para que possamos saber sobre ele e seus gostos, necessidades e interesses.”

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de A es Programáticas Estratégicas, 5  edic o, 2012.
2. Cabral, ACV . Medicina Fetal: O feto como paciente. Belo Horizonte: Ed. Copmed; 2005.
3. Machado MEC. Casais que recebem um diagnóstico de malforma o fetal no pré-natal: uma reflexão sobre a atua o do Psicólogo Hospitalar. Rev. SBPH. 2012 Jan 15(2).
4. Duailibi R, Cabral ACV, Vitral ZN, Leite HV, Domont RJ. Acompanhamento psicológico de mães de fetos malformados no Centro de Medicina Fetal da Universidade Federal de Minas Gerais. Femina. 2003; 31(1):27-30.
5. Maldonado MT. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. São Paulo: Saraiva; 2002.
6. Lebovici S. O beb , a mãe e o psicanalista. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.
7. Wilhelm J. O que   psicologia pré-natal. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
8. Bydlowski M. Je rêve un enfant: l'ex-p rience intérieure de la maternité. Paris: Odile Jacob; 2000.
9. Klaus M H, Kennell JH. Pais/Bebês a forma o do Apego. Batista D, translator; Machado MH, proofreder. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
10. Stern, D. Maternal representations: a clinical and subjective phenomenological view. Infant Mental Health Journal. 1991; 12(3): 174-182.
11. Ammanitti M, Tambelli R, Canderoli C, Pola M. Maternité et grossesse. Paris: PUF; 1999.
12. Stern D. N. The Motherhood Constellation, Londres: Basik Books, 1996.
13. Thun-Hohenstein L, Wienerroither C, Schreuer M, Seim G, Wienerroither H. Antenatal mental representations about the child and mother–infant interaction at three months post partum. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2008 17(1):9-19.
14. Benedek T. Parenthood as a developmental phase. A contribution to the libido theory. Journal of American Psychoanalytic Association. 1959; 7(3):389-417.
15. Fonseca M., Magalhães J., Papich H., Dias R., Schmidt A. Ultra-sonografia em obstetrícia: explorando um novo mundo. In N. Caron, editors. A rela o pais-beb : da observa o   clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000. p. 97-118.

16. Sioda T. Psychological effects of cardiocotographic and ultrasonographic examinations in pregnancy and labour on the mother. Part I the significance of cardiocotographic and ultrasonographic examinations for the development of maternal bonding examinations for the development of maternal bonding. *Ginekol Pol.* 1984; 55 (9): 653-660
17. Piontelli A. Is there something wrong? The impact of technology in pregnancy. In Raphael-Leff, J, editor. 'Spilt milk' perinatal loss & breakdown. London: Institute of Psychoanalysis, 2000. p.39-52
18. Villeneuve C., Laroche C., Lippman A., Marrache M. Psychological aspects of ultrasound imaging during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry.* 1988; 33(6): 530-6.
19. Caron, N.. O ambiente intra-uterino e a relação materno-fetal. In: Caron, N, editor. A relação pais-bebê: da observação à clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p.119-134
20. Quayle JJ. Óbito fetal e anomalias fetais: repercussões emocionais maternas. In: Tedesco M, Quayle JJ, Zugaib J, editors. *Obstetrícia psicossomática.* São Paulo: Atheneu, 1997a, p.216-227
21. Negri R. Observação da vida fetal. In: Lacroix M, Monmayrant, M, editors. *Laços do encantamento: a observação de bebês.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1997b. p.113-129.
22. Piontelli A. De feto à criança: um estudo observacional e psicanalítico. Wilhelm J, Gomes NL, Godoy SM, translators. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
23. Piontelli A. Twins in utero: temperament development and interwin behavior before and after birth. In: Sandbank A, editor. *Twin and triplet psychology.* London: Routledge; 1999. p. 7 - 18.
24. Viaux-Savelon S.; Leclere C.; Aidane E.; Bodeau N.; Camon-Senechal L.; Vatageot S.; Feldman R.; Cohen D. Validation de la version française du Coding Interactive Behavior sur une population d'enfants à la naissance et à 2 mois. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* 2014; 62(1): 53-60.
25. Cohen D, Savelon SV, Rosenblum O, Mazet P, Dommergues M. Acompanhamento Ecográfico Pré-natal de Gravidez com Suspeitas de Malformações: estudo do impacto sobre as representações maternas. In: Laznik MC, Cohen D. *O Bebê e Seus Intérpretes: Clínica e Pesquisa.* São Paulo: Instituto Langage; 2011. p.35-45.
26. Covi L. New Concepts and Treatments for anxiety. *Md. Med. J.* 1986; 35(1):821
27. Raskin A.; Crook T. Sensitivity of rating scales completed by psychiatrists, nurses and patient to antidepressant drug effects. *J. Psychiatr Res.* 1976; 13(1):31-41.
28. Covi L. New Concepts and Treatments for anxiety. *Md. Med. J.* 1986; 35(1):821
29. Marini FC. Reações maternas diante de uma gestação complicada por uma anomalia fetal grave. [Dissertação.] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; Hospital das Clínicas; 2008.
30. Bunduki V, Ruano R, Miguelez J, Castro I de, Zugaib M. Ultrasound evaluation of fetal nuchal thickness throughout gestation as a down syndrome marker. *Journal of Perinatal Medicine.* 2001;29(1):198-198
31. Soifer R. *Psicologia da gravidez, do parto e do puerpério.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1980.

32. Setúbal MS, Barini R, Zaccaria R. Reações psicológicas diante da gravidez complicada por uma malformação fetal. Programa de medicina fetal. Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas (UNICAMP), Campinas, 2004
33. Szejer M. Se os bebês falassem. Machado I; Melgaço RG; Bruzzi-Curi T, translators. São Paulo: Instituto Langage, 2016.
34. Drotar D., Maskiewicks A., Irvin N., Kennel J., Klaus M. The Adaptation of Parents to the Birth of an Infant with a Congenital Malformation: a Hypothetical Model. *Pediatrics*. 1975; 56(5): 710-717.
35. Moura MLS, Ribas AFP, Seabra KC, Pessôa LF, Ribas Jr. RC, Nogueira SE. Interações Iniciais Mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2004; 17(3):295-302
36. Flores MR, Beltrami L, Souza APR. O manhês e suas implicações para a constituição do sujeito na linguagem. *Distúrb Comun, São Paulo*. 2011; 23(2): 143-152.
37. Reck C, Hunt A, Fuchs T, Weiss R, Noon A, Moehler E, Downing G, Tronick EZ, Mundt C. Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology*. 2004; 37(6):272-80.
38. Edhborg M, Lundh W, Seimyr L, Widström AM. The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. *Arch Womens Ment Health*, 2003; 6(3):211-6
39. Reissland N, Shepherd J, Herrera E. The pitch of maternal voice: a comparison of mothers suffering from depressed mood and non-depressed mothers reading books to their infants. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003; 44(2):255-61
40. Edhborg M, Lundh W, Seimyr L, Widström AM. The long-term impact of postnatal depressed mood on mother-child interaction: a preliminary study. *Journal Reproductive and Infant Psychology*. 2001; 19(1):61-71
41. Stanley C, Murray L, Stein A. The effect of postnatal depression on mother-infant interaction, infant response to the Still-face perturbation, and performance on an Instrumental Learning task. *Dev Psychol*. 2004;116:1-18.
42. Jacinthe E. Les effets de la dépression maternelle sur la relation mère-enfant au cours des trois premières années de vie: état de la recherche actuelle et analyse critique. *Can Psychol*, 2001; 42():153-72.
43. Cohn JF, Campbell SB, Matias R, Hopkins J. Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Dev Psychol*. 1990; 26(1):15-23.
44. Gunning M, Conroy S, Valoriani V, Figueiredo B, Kammerer M, Muzik M, Glatigny-Dallay E, Murray L. Measurement of mother-infant interactions and the home environment in a European setting: preliminary results from a cross-cultural study. *British J Psychiatry*. 2004; 184(46):38-44.
45. Carter AS, Garrity-Rokous FE, Chazan-Cohen R, Little C, Briggs-Gowan MJ. Maternal depression and comorbidity: predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40(1):18-26.
46. Parlato-Oliveira. In: Trevarthen C, Aithen KJ, Gratier M, editors. *O bebê: Nosso professor*. São Paulo: Instituto Langage; 2019. p. 7-13.

5.2 Artigo 3: resultados e discussão – fase pós-natal

Os efeitos do diagnóstico pré-natal na interação da díade mãe-bebê: fase pós-natal **As influências das representações maternas na interação da díade mãe-bebê: fase pós-natal**

INTRODUÇÃO

O período gestacional representa para a mulher dois tipos de mudanças evolutivas, as mudanças físicas e emocionais no interior de si mesma e o crescimento do feto no útero. O modo como cada mulher se sente com relação a estas mudanças pode variar largamente. Para a maior parte das mulheres, a gravidez é um período de emoções fortes, que sofrem modificações, variando do positivo ao negativo, frequentemente ambivalentes. Em um primeiro momento a mãe identifica o feto em crescimento como “parte integrante de si mesma.” Em um segundo momento, após a manifestação dos primeiros sinais de vida do bebê com a sensação do movimento fetal envolve uma consciência do bebê no útero, como um “indivíduo independente” após a manifestação dos primeiros sinais de vida do bebê com a sensação do movimento fetal. De um modo geral, a mulher começará a ter fantasias sobre como será o bebê, atribuindo-lhe algumas características e desenvolvendo sentimentos.¹

Essa ambivalência ocorre, pois, o bebê é para a mãe desconhecido e protegido ao mesmo tempo, gerando uma sensação de completude e ansiedade.² Enquanto o feto se desenvolve os pais constroem uma rede de sonhos, desejos secretos, lembranças e palavras em torno dele, especialmente a mãe, que está fisicamente engajada.^{3,4} Tais processos são chamados de representações maternas. Por este motivo, essas representações comumente se alternam e são distintas, complementares e até mesmo antagônicas.

As representações maternas são o conjunto de ideias, medos, distorções, pensamentos, expectativas, desejos, sensações e percepções da gestante sobre o seu feto, sobre si mesma no papel de mãe e sobre seu cônjuge como pai. A pesquisa sobre este conceito foi inicialmente desenvolvida por Stern⁵ e Ammanitti *et al.*⁶

A importância de compreendê-las vem da sua influência no comportamento dos pais frente ao filho e da sua potencial interferência no desenvolvimento infantil.⁷ Alguns estudos revelam que as representações pré-natais sobre o bebê foram preditoras da habilidade regulatória da mãe e do comportamento de interação com o filho, no terceiro mês após o parto, especialmente durante a interação face a face.⁸

As representações maternas surgem muito antes da gestação e são desenvolvidas consideravelmente durante os períodos de transição para a parentalidade (pré, peri e pós-parto), como descreve Benedek.⁹ A mãe pode, assim, representar o feto e lhe atribuir características atuais, projetando suas representações sobre o seu papel e antecipando a futura interação. Essas representações dependem também de fatores externos e poderão sofrer modificações durante a gestação, no pós-parto e no processo da parentalidade, a partir do encontro com o bebê real diferente do bebê imaginado.⁵

O impacto da ultrassonografia nas representações maternas possui relevância, inclusive é notável o número de gestantes que afirmam que após a primeira ultrassonografia começam a se sentir realmente grávidas e é também nesse momento que elas conseguem vislumbrar que os seus filhos não são completamente indefinidos, mas que já possuem a forma de ser humano.¹⁰ As gestantes sentiram que a ultrassonografia pode intensificar a relação mãe-feto, capaz de fazê-las sentirem-se mais mães e, ainda, de tornar o feto mais concreto e real. Assim alguns autores apontam que não foram somente os pais que modificaram a sua visão sobre o feto, com o surgimento da ultrassonografia. Os médicos também têm, agora, um novo contato com a atmosfera fetal, pois ao ver o feto com mais acuidade, podem diagnosticar com maior segurança, garantindo melhores condições de saúde à díade mãe-feto.¹⁰ Piontelli¹¹ também assegura que a ultrassonografia mudou também a maneira dos médicos de lidarem com a gestante e com o feto. Aliás, qualquer profissional que lida com esta área e com a situação do exame ultrassonográfico deve ser habilitado a proferir um ambiente de qualidade, não somente técnica, mas também emocional. Assim, o exame não é passível de ser considerado com indiferença pelos profissionais que direta ou indiretamente estão ligados a esta área, exigindo uma postura de cautela e sensibilidade para lidar com as situações que envolvem o contexto de ultrassonografia mesmo diante de resultados de normalidade fetal.

Os estudos de Villeneuve *et al.*¹² mostraram os aspectos de maior relevância para a experiência emocional da gestante durante a ultrassonografia. Além do resultado do exame e da percepção das imagens, a atitude do médico ultrassonografista durante o exame foi bastante citada. Nesse interim é inegável que a ultrassonografia fetal ocupa uma posição de destaque no emocional materno e familiar e de extrema importância no diagnóstico pré-natal. Dessa forma, a postura do ultrassonografista e/ou de qualquer profissional de saúde que acompanha o exame é de bastante valia para tornar positivas ou negativas as repercussões daquelas imagens para a relação mãe-feto. Caron *et al.*¹³ referem que o impacto emocional diante do estranho-familiar revelado na ultrassonografia deve ser acolhido por alguém

treinado, seja um ultrassonografista ou até um observador do exame. Para os autores, a ultrassonografia é um nascimento antecipado. Ao revelar uma imagem real do feto, o ultrassonografista lhe confere um status de paciente, o que parece interferir no tipo e na qualidade de vínculo que é estabelecido entre mãe-pai-feto.¹⁴ O estudo do psiquismo fetal também tem sido beneficiado com a tecnologia ultrassonográfica, que já foi utilizada até para identificar traços iniciais de personalidade do feto.^{11,15-17} Esses autores mostraram que desde a vida intrauterina já é possível, através de movimentos e reações fetais, prever futuros comportamentos do bebê.

Portanto ao considerar a importância da interação mãe-bebê na constituição da linguagem constatamos a necessidade de estudos em etapas cada vez mais precoces. O período gestacional, muitas vezes, representa para a mulher um ciclo de vida extremamente intenso, durante o qual ela revive conflitos da infância, relações precoces, particularidades e identificações com sua mãe.¹⁸ O impacto dos acontecimentos do período pré-natal nas representações maternas e conseqüentemente na relação da díade mãe-bebê merece atenção especial, principalmente quando se pretende analisar as habilidades comunicativas da criança. A avaliação das interações mãe-filho é um problema importante na psicopatologia perinatal por causa de seu impacto no desenvolvimento da criança de forma emocional e cognitiva.¹⁹

A criança fará suas primeiras aquisições e receberá influências importantes no ambiente familiar, desde o período gestacional. A família é vista como o primeiro núcleo social e o principal vínculo da criança, exercendo papel fundamental em seu crescimento e desenvolvimento, à medida que propicia um ambiente estimulador de interações e relações saudáveis desde a gravidez, principalmente durante o último trimestre, que é uma etapa onde se observa que existem momentos de “conversas” entre mãe e feto.²⁰ Esta linguagem inicial da mãe para com seu feto é importante enquanto estruturante das representações que ela tem sobre seu futuro bebê.

Este estudo considerou que o impacto dos acontecimentos do período pré-natal nas representações maternas e conseqüentemente na relação da díade mãe-bebê merece atenção especial, principalmente quando se pretende analisar as habilidades comunicativas da criança.

Assim teve como **objetivo** a investigação da influência das representações maternas na qualidade da interação da díade mãe-bebê até o primeiro ano de vida ou doze meses de idade corrigida nos casos de prematuridade, em dois grupos. Um grupo de díades mãe-bebê que tiveram diagnóstico pré-natal de risco ou confirmação de uma alteração estrutural e um grupo de díades cujos fetos não apresentavam alteração estrutural.

MÉTODOS

Desenho do Estudo: Trata-se de um trabalho longitudinal controlado (analítico), um estudo de caso controle (coorte concorrente) prospectivo, ou seja, um estudo observacional em que a díade (mãe-bebê) dos dois grupos, grupo estudo com fetos/bebês com alguma anomalia estrutural e grupo controle com fetos/bebês sem nenhuma anomalia estrutural foram acompanhados longitudinalmente até os bebês completarem 12 meses de idade, para avaliar a incidência (risco) de alterações no desenvolvimento comunicativo nos dois grupos, portanto, não foram submetidos à intervenção.

Cenário do Estudo: Os encontros foram agendados nas seguintes idades e locais:

- Etapa 1: fase gestacional/pré-natal (gestantes a partir da vigésima quinta semana gestacional) no Instituto Jenny de Andrade Faria HC/UFMG;
- Etapa 2: fase pós-natal: recém-nascidos na Maternidade Otto Cirne/ Alojamento Conjunto/HC/UFMG, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN - HC/UFMG para os recém-nascidos que necessitaram de cuidados especiais e no Laboratório do bebê/ *Babylab* na Faculdade de Medicina/UFMG – para os recém-nascidos que receberam alta hospitalar ou não nasceram no Hospital das Clínicas. Quando os bebês completaram dois meses, quatro meses, seis meses, nove meses e doze meses de idade os encontros foram agendados no Laboratório do Bebê/ *Babylab* na Faculdade de Medicina/UFMG. Os bebês que permaneceram hospitalizados durante a fase recém-nascidos foram acompanhados em seus respectivos locais de internação no Hospital das Clínicas da UFMG, respeitando as datas pré-determinadas.

O Laboratório do bebê/*Babylab* na Faculdade de Medicina/UFMG tem uma sala especialmente composta e preparada para receber as díades nos encontros previamente agendados. A disposição e organização espacial de todos os seus pertences foram estabelecidas de acordo com o modelo de outros centros de referência em pesquisa com o bebê. A qualidade da imagem do bebê e da mãe em interação é essencial. A sala continha um espelho com 1,10 metros de largura por 1,60 metros de comprimento, em moldura e suporte para sustentá-lo em posição vertical posicionado próximo da parede a dois metros e meio em frente à câmara da filmadora (*Ipad Pro*, com imagem dos vídeos de boa resolução e qualidade). Desta forma foi possível ter a imagem completa de toda a sala nos vídeos.

Os vídeos com os bebês recém-nascidos foram realizados com o bebê no colo da mãe. A mãe com o bebê recém-nascido ficava sentada em uma poltrona com assento acolchoado posicionado em frente ao espelho. Assim foi possível conseguir visualizar a imagem da face do bebê, do seu corpo, do ambiente, do corpo da mãe e a imagem da face da mãe refletida no espelho. Para os bebês a partir da idade de dois meses era colocado no centro da sala um tapete (tatame infantil de E.V.A. para absorção de impacto) de dois metros quadrados onde era posicionado o bebê conforto. Os vídeos com os bebês com dois até os quatro meses de idade foram realizados com o bebê sentado no “bebê conforto” em postura inclinada com o apoio dorsal da própria cadeirinha. A mãe ficava posicionada em frente ao bebê. Neste momento a mãe foi posicionada em frente ao seu bebê, assim foi possível obter a imagem de frente do bebê e a imagem de frente da mãe refletida no espelho. A partir dos seis meses de idade os bebês ficaram sentados no “bebê-conforto” ou no tapete, dependia de onde manifestassem maior conforto e satisfação. Nesta fase alguns já conseguiam sentar sem apoio e muitos manifestaram preferência em ficarem sentados no próprio tapete. As mães foram permanecerem em frente ao seu filho, assim era possível obter a imagem de frente do bebê e a imagem de frente da mãe refletida no espelho. Com nove e doze meses de idade todos os bebês ficaram sentados no tapete, não utilizaram o “bebê conforto”. Ambos, mãe e bebê puderam ficar à vontade com relação à movimentação no espaço da sala, ou seja, neste momento foi permitido ao bebê movimentar-se livremente pela sala. O espelho garantiu a imagem de todos os movimentos da díade mãe-bebê, ou seja, quando o bebê engatinhava e/ou andava para explorar o ambiente.

A sala também continha todos os materiais e instrumentos recomendados pelos protocolos de avaliação e triagem do desenvolvimento (instrumentos sonoros, brinquedos), para a troca de fraldas (trocador acolchoado, fraldas descartáveis de diversos tamanhos, lenços umedecidos) e de higienização (álcool, sabonete líquido, produtos para desinfecção dos materiais) das mãos e dos materiais, adequadamente guardados e armazenados para manter o ambiente sem distratores visuais.

Figura 1 – Local de coleta Babylab (sala: 291 do prédio da FM/UFMG)



Fonte: Fotografia da autora (2019).

Participantes do estudo

Instrumentos / Procedimentos de Coleta de Dados

Etapa 1: Os participantes do estudo inicialmente foram as gestantes, divididas em dois grupos:

- a) Grupo 1 – Grupo estudo: composto por 25 gestantes participantes do pré-natal no Ambulatório do Centro de Medicina Fetal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (CEMEFE HC/UFMG), cujos fetos foram previamente diagnosticados com algum tipo de anomalia estrutural como por exemplo uropatias, gastrosquise e onfalocele, sem malformações associadas. Trata-se de anomalias graves, mais frequentes e com baixo índice de natimortos e neomortos. Sem malformações associadas e não apresentam comprometimento neurológico, auditivo e visual. Frequentemente despertam grande impacto na visão materna por serem potencialmente de risco cirúrgico.³². Portanto encaixam nos critérios de inclusão e oferecem menor probabilidade de risco de perdas, por ser um estudo longitudinal da díade mãe-bebê;
- b) Grupo 2 – Grupo controle: composto por 25 gestantes com fetos sem nenhum tipo de anomalia estrutural, participantes do pré-natal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais/MG.

As gestantes foram convidadas a participarem durante as consultas previamente agendadas de acompanhamento pré-natal e iniciaram após concordância e assinatura do TCLE.

Foram tomadas as providências éticas necessárias, de acordo com as normas previstas pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMG. O presente estudo, de caráter longitudinal, teve início após sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 548.79816.0.0000.5149/ Data de início: 30.03.16) e foi finalizado no último trimestre de 2019.

Foram excluídos bebês com malformações congênitas graves ou síndromes genéticas, Hemorragia Peri-intraventricular (HPIV) graus III e IV, Leucoencefalomalácea Periventricular (LPV), cardiopatias graves, paralisia cerebral, alteração de tônus muscular, deficiência auditiva e/ou visual e Apgar menor que 7 no 5º minuto.

Para excluir a possibilidade de alterações morfológicas cerebrais, todas as crianças que compõem o grupo estudo foram submetidas ao exame de Ultrassonografia Transfontanelar (USTF) no primeiro mês de vida. As crianças prematuras e acompanhadas pelo CEMEFE já realizam o USTF de rotina na Unidade Neonatal. Neste caso, consideramos sempre o resultado do último exame de USTF e somente os exames feitos com duas semanas ou mais de vida.

As datas dos encontros com as díades mãe-bebê seguiram as datas pré-determinadas de acompanhamento longitudinal do desenvolvimento da linguagem de acordo com o *Protocolo adaptado para avaliação de crianças de 2 a 24 Meses – Protocolo Gordo*²¹ e *Teste de Triagem de Desenvolvimento Denver II (TTDD II)*.^{23,24} Nas seguintes idades dos bebês: recém-nascido, com dois, quatro, seis, nove e doze meses de idade.

O protocolo de coleta de dados consiste em cumprir os objetivos propostos nesta pesquisa para isto foram realizadas as seguintes etapas:

Coleta de Dados do Período Pós-Natal

Na maternidade e/ou *Babylab* foram registrados os **dados secundários** do momento perinatal e pós-natal a partir de análise de prontuários, “Caderneta de Saúde da Criança/Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde” como: **peso, estatura, perímetro cefálico, apgar, intercorrências e entrevista com os pais**. Foram observadas as condições do nascimento e evolução clínica, assim como os seguintes exames: **teste do coraçãozinho,**

teste do olhinho, ultrassom de transfontanela, etc, que confirmaram a condição clínica e prognóstico dos bebês acompanhados.

Em todos os encontros inicialmente o bebê (recém-nascidos, com dois, quatro, seis, nove e doze meses de idade cronológica, ou corrigida nos casos de prematuridade) passou por uma avaliação e observação do desenvolvimento da linguagem – *Protocolo adaptado de avaliação de crianças de 2 a 24 Meses – Protocolo Gordo*,²¹ da audição por meio da observação dos exames audiológicos já realizados periodicamente (Emissões otoacústicas - Triagem Auditiva Neonatal Universal -TANU- “teste da orelhinha”) e a Observação do Comportamento Auditivo²² e por uma triagem do desenvolvimento neuropsicomotor - *Teste de Triagem de Desenvolvimento Denver II (TTDD II)*^{23,24} Foram observados e registrados os dados que constavam na “Caderneta de Saúde da Criança/Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde” anotados pelos profissionais de saúde que acompanharam a criança na maternidade e acompanham na rede municipal de saúde (Postos de saúde).

O Protocolo adaptado de avaliação de crianças de 2 a 24 Meses (Comportamento Linguístico/Aspectos e Marcos do Desenvolvimento). *Protocolo Gordo*²¹ inclui anamnese, observação do bebê, apreciação das respostas comportamentais a estímulos sonoros e pesquisa de reconhecimento e compreensão de fala de acordo com a idade da criança. Avalia os aspectos expressivos, receptivos, visuais, alimentação, interação social e auditivo e permite correlacionar a observação do profissional com os dados de observação da mãe.

O Teste de Triagem de Desenvolvimento Denver II (TTDD II) “Denver Developmental Screening TestII (Denver-II)” foi elaborado para que profissionais da área de saúde fizessem a triagem de desenvolvimento em crianças de 0 a 6 anos de idade. É composto por 125 itens, divididos nas áreas: pessoal-social (comportamento social e pessoal), motor fino-adaptativo, linguagem e motor-grosso. O TTDD II é um teste de rastreamento de risco de desenvolvimento infantil mais utilizado no Brasil, sendo empregado também em diversos países.²⁵ Possui alta sensibilidade, sua padronização foi realizada por Drachler, Marshall e Carvalho-leite²³. Para a aplicação desta triagem o pesquisador realizou uma capacitação em 2016 na Universidade de São Paulo, *campus* Bauru.

O Protocolo adaptado de avaliação de crianças de 2 a 24 Meses – (“Protocolo Gordo”) e *O Teste de Triagem de Desenvolvimento Denver II (TTDD II) de 0 a 6 anos* foram utilizados para realizar o acompanhamento do desenvolvimento dos bebês desde a fase **recém-nascido** até completarem **doze meses de idade** com o objetivo de manter os critérios de inclusão no presente estudo.

Aos quatro meses de idade todos os bebês acompanhados também foram observados para a aplicação do *Protocolo PREAUT*²⁶ que avalia a capacidade da criança de iniciar trocas prazerosas com seu cuidador. A necessidade de identificar sinais de transtornos do espectro do autismo precoce (TEA) exige o rastreamento precoce. O *Protocolo PREAUT* foi validado na França.²⁶

Este Protocolo é “oriundo do Projeto PREAUT (*Programme de Recherche et Evaluation sur l’Autisme*), iniciado na França em 1998 e com participação atual de vários países, inclusive do Brasil. Por meio da aplicação deste protocolo, torna-se possível avaliar a capacidade do bebê em iniciar trocas prazerosas com um adulto. Quando alterado, o exame PREAUT pode predizer uma perturbação grave do desenvolvimento. O examinador deve ser submetido à capacitação específica para que possa aplicar o exame.²⁷

De acordo com as recomendações de aplicação, este protocolo deve ser utilizado preferencialmente com bebês que completaram quatro meses de idade e num segundo momento aos nove meses de idade, portanto no estudo atual ele foi preenchido nos encontros agendados com as díades quando o bebê apresentava quatro meses de idade cronológica ou corrigida e reaplicado aos nove meses de idade cronológica e ou corrigida, para os prematuros. As vídeo-gravações foram analisadas quando necessário para esclarecer dúvidas.

Aos nove meses de idade cronológica ou idade corrigida (para os casos de prematuridade) foi preenchido o questionário *Infant Behavior Questionnaire - Revised* “*Questionário sobre o Comportamento do Bebê-Revisado* (Traduzido e adaptado com autorização dos autores por Klein, Putman e Linhares.²⁸ Trata-se de um questionário respondido pela mãe para avaliar o temperamento da criança. Ele descreve comportamentos das crianças em diversas situações específicas e solicitam julgamentos de frequência de emissão de tais comportamentos em um período recente, permitindo maior confiabilidade do relato dos pais. A pesquisa internacional tem crescentemente considerado o temperamento como uma variável pessoal relevante na trajetória de desenvolvimento da criança. Verificou-se que a abordagem teórico-conceitual mais adotada pelos estudos foi a abordagem psicobiológica de Rothbart.²⁹ Este questionário encontra-se traduzido para o Português do Brasil por Klein, Putnam e Linhares²⁸ e disponível para uso em pesquisa e disponível para o uso em pesquisa.

O relato dos pais para avaliação do temperamento tem como vantagem o fato de estes verem seus filhos em uma ampla variedade de situações, ética e logisticamente impossíveis de serem recriadas em situação artificial de laboratório. A validade convergente dos questionários de avaliação de temperamento respondidos pelos pais com as escalas de

observação sistemática foi previamente constatada, constituindo uma medida objetiva substancial nestes instrumentos, que permitem englobar diferentes fatores e dimensões.²⁹

Este questionário compreende 191 questões sobre o comportamento do bebê nas últimas duas semanas em diversas situações como durante o momento em que é alimentado, sobre a rotina para dormir e sobre seu sono, sobre a hora do banho, da troca de fraldas, sobre o despir-se e o vestir-se, sobre o interesse por brincadeiras, brinquedos favoritos, hábitos, reação nos momentos em que é contrariado, iniciativa para explorar o ambiente, socialização, percepção dos diferentes ambientes e estímulos auditivos, visuais, táteis e temperatura, interesses e preferências, atividades diárias, comportamento quando está irritado, cansado, alegre, com medo, reação diante de estranhos, pessoas familiares, quando está sozinho e diante de outro bebê, quando está rodeado de pessoas; interesse em se comunicar e de ser compreendido, quando precisa de ajuda ou quer algo, quando precisa ser acalentado, etc.

As **vídeografações** foram realizadas em todos os encontros pré-agendados com a díade mãe-bebê. No momento em que o bebê era recém-nascido foi realizada a filmagem de nove minutos de uma situação livre do bebê no colo da mãe e a partir de dois meses de idade foram filmados três momentos diferentes com duração de três minutos cada. Cada momento foi composto por um tipo de intermediação: a utilização de um brinquedo, uma cantiga cantada pela mãe e conversa espontânea.

Os três momentos (brinquedo, cantiga e interação espontânea sem outro recurso) favorecem o brincar relacional dos bebês: o brincar dos bebês é um processo que lhes permite de aceder à intersubjetividade, às modalidades de funcionamento triádico, à linguagem e à simbolização.³⁰

Foram analisadas as habilidades e sinais comunicativos da díade em três momentos, com o propósito de comparar as intermediações diferentes em cada um dos dois grupos.

O vídeo do momento interativo da mãe com o recém-nascido foi realizado no ambiente hospitalar antes da alta ou no *Babylab*/FM-UFMG, após a alta hospitalar. A mãe podia escolher o local onde se sentisse mais à vontade. A partir dos dois meses de idade os agendamentos foram realizados no *Babylab* na Faculdade de Medicina/UFMG.

Para cada encontro com a díade mãe-bebê foi disponibilizado de **sessenta a noventa minutos**, que compreendia o tempo necessário para a aplicação dos protocolos de triagem e avaliação do desenvolvimento, anamnese, anotações e filmagem. Foram agendados com cada díade após o nascimento seis encontros (recém-nascido, dois, quatro, seis, nove e doze meses de idade), sendo que em cada encontro foi realizada a filmagem de nove minutos de interação mãe-bebê, completando 54 minutos de filmagem para cada díade e **totalizando 2.700**

minutos de vídeos analisados somente das cinquenta díades acompanhadas longitudinalmente no presente estudo.

Todos os encontros foram filmados. Os vídeos dos momentos interativos foram codificados/analísados utilizando-se o seguinte material: *Coding Interactive Behavior* (CIB).³¹ O CIB é um sistema de classificação global de interação entre pais e filhos e/ou entre dois ou mais parceiros que inclui códigos de nível micro e escalas globais de classificação. Cada código é classificado de 1 (um pouco) a 5 (muito). Quarenta e dois códigos diferentes foram agrupados em várias características interativas.

O CIB possui várias versões e mantém a continuidade da codificação: para (a) recém-nascidos, (b) bebês (2 meses a 3 anos), (c) pré-escolares (3 anos a 7 anos), (d) crianças (7 anos a 12 anos), (e) adolescentes (12 anos e acima) e (f) adultos.

Neste estudo foi utilizada a versão para recém-nascidos e a versão para crianças de 2 a 36 meses. Trata-se de um sistema validado para codificar a interação mãe-bebê. Este método considera a “sincronia interacional”. “Sincronia é um complexo fenômeno que exige a percepção e compreensão dos sinais sociais e comunicativos e adaptação”.¹⁸

Para a utilização deste Sistema de Codificação do Comportamento Interativo é necessária impreterivelmente à realização de uma capacitação com a equipe de Feldman. Portanto para a concretização da utilização deste material de avaliação e análise foi necessária à realização de uma capacitação que o pesquisador principal deste estudo realizou em fevereiro de 2018 na cidade de Lille/França.

A versão do CIB de dois a trinta e seis meses de idade compreende sete a oito características interativas que foram analisadas neste estudo atual da seguinte forma:

- **Sensibilidade Materna** foi a média do reconhecimento materno de sinais interativos infantís, imitação do comportamento do bebê, tom adequado de voz/“manhês”, gama apropriada de afeto, desenvoltura ao lidar com o bebê, elaboração, olhar da mãe, afeto positivo, elogios ao comportamento do bebê, toque afetuosos, presença de suporte, entusiasmo e humor deprimido;
- **Configuração Limite dos Pais** envolve consistência de estilo, persistência na tarefa e estrutura apropriada;
- **Reciprocidade Diádica** refere-se a regulação/adaptação da díade, a reciprocidade diádica e fluência; (alfa de Chronbach = 0,965);

- **Intrusividade Materna** é a média de manipulação física inadequada, ansiedade materna, afeto / remorso materno negativo em direção ao bebê, hostilidade, críticas maternas ao comportamento do bebê, substituição e a interação conduzida pela mãe (o grau em que as interações eram julgadas pelas necessidades da mãe, ao invés das necessidades, ritmo e rotina ou hábitos do bebê) (alfa de Chronbach = 0,867);
- **Envolvimento do Bebê** é a elaboração das vocalizações e dos movimentos do bebê, iniciativa do bebê, competência para explorar o ambiente, o olhar direcionado do bebê/atenção conjunta, o afeto positivo do bebê para com a mãe, o afeto e o olhar infantil direcionado à mãe, nível de alerta e fadiga e , jogo simbólico e afeto de conteúdo positivo (alfa de Chronbach = 0,72);
- **A Evasão infantil** é a média do comportamento de evitação da criança em relação à mãe, o grau em que a criança não estava envolvida, não participou e se desligou, a labilidade emocional (Alfa de Cronbach = 0,793);
- **Estado Negativo Diádico** é a média de afeto / raiva negativa materna, o comportamento de hostilidade da mãe, o afeto emocional negativo da criança, a constrição da díade e a expressão de tensão e constrição. (alfa de Chronbach = 0,793);
- **Complacência/Condescendência/Conformidade do Bebê** envolve o quanto o bebê colabora com a mãe, o quanto ele depende da ajuda da mãe e persiste na mesma tarefa.³¹

O CIB é um Sistema de Classificação Global para analisar interações sociais entre dois ou mais parceiros sociais. É um sistema de classificação existente para interações sociais que tem boas propriedades psicométricas, incluindo validade preditiva, validade de constructo ou confiabilidade test-retest em estudos longitudinais desde a infância até a adolescência, que utiliza os mesmos construtos para interações sociais ao longo da vida útil, de recém-nascidos para adultos.⁷⁷

O sistema de codificação CIB (Codificação do Comportamento Interativo) foi validado em muitos estudos de crianças saudáveis e de alto risco que sofrem de uma série de psicopatologias. Estes incluem condições relacionadas a distúrbios biológicos da criança (prematuridade, PIG, doenças genéticas), distúrbios emocionais (distúrbios alimentares, transtorno do espectro autista, crianças encaminhadas à clínica com múltiplos transtornos do

Eixo-I, etc.), condições de risco materno (depressão materna, ansiedade) e risco contextual (pobreza, transtorno de estresse pós-traumático, encarceramento parental). Pode ser usado em múltiplos contextos de observação (maternidade, paternidade, interações familiares, brincadeiras, alimentação, laboratório doméstico, amizades, etc). A análise adapta à variabilidade cultural nos códigos CIB e enfatiza a especificidade da cultura versus a universalidade de interações entre pais e filhos.⁷⁷

Considerando as interações durante o primeiro ano, sete a oito características podem ser extraídas das escalas CIB: Sensibilidade dos pais, Intrusividade dos pais, Configuração-Limite dos pais, Envolvimento Social da Criança, Comportamento de Retirada da Criança, Emocionalidade Negativa Infantil, Condescendência/Conformidade da criança, Reciprocidade Diádica e Estados Negativos Diádicos.³¹ Todas as características encontradas foram consideradas adequadas, com excelente consistência interna (alfa = 0,72 a 0,95) em todas as amostras. Informação psicométrica: o CIB tem sido utilizado para avaliar a mãe, criança, pai-filho e interações cuidador-criança em inúmeras amostras. Foi aplicado em uma variedade de amostras normativas e em risco em laboratórios em todo o mundo. Além disso, foram encontradas correlações entre as características avaliadas pelo CIB e as características teoricamente relacionadas derivadas de outras microanálises e esquemas globais de codificação (por exemplo, Tronick *et al.*³³ e Gudeney³⁴). A validade preditiva foi demonstrada em vários estudos. A confiabilidade test-retest foi demonstrada em uma amostra de duzentas e dez crianças observadas nas idades recém-nascidos, três, seis e vinte quatro meses de idade, com média a altas correlações entre constructos ao longo das idades. Codificação: cada código comportamental é codificado em uma escala de 5 pontos.³¹

Cada característica observada e analisada nas interações possui várias variáveis que são codificadas, como por exemplo, em Sensibilidade dos Pais, será observado na situação de interação as variáveis Reconhecimento, Imitação (apenas no primeiro ano), Elaboração, Olhar dos Pais / Atenção Conjunta, o Afeto Positivo, a Adequação Vocal, a Amplitude Apropriada do Afeto, a Experiência dos Pais, a presença de Elogios, o Toque Carinhoso, a Presença Paternal de Suporte/Apoio, o Humor Deprimido dos Pais e o Entusiasmo dos Pais (vide figura abaixo) (vide Figura 2).³¹

Considerando a centralidade do comportamento no desenvolvimento das crianças, pode-se afirmar que é de grande importância formar uma linguagem e desenvolver ferramentas científicas sistemáticas para a observação do comportamento parental levando-se em conta as idades, culturas e adultos interagentes. Assim, torna-se possível diferenciar o desenvolvimento saudável do patológico e monitorar os efeitos da intervenção. Por várias

décadas, os pesquisadores têm procurado maneiras científicas de categorizar o comportamento dos pais, especialmente durante o primeiro ano de vida.⁷⁷

O objetivo desses estudos foi capturar o estilo “sensível”, “responsivo” e “mutuamente adaptativo” dos pais, que é propício para o crescimento emocional e social da criança e definir os desvios desse estilo ideal em várias formas de psicopatologia. Estudos têm tipicamente observado interações livres mãe-bebê (ou menos frequentemente interações pai-bebê) em casa ou em um ambiente de laboratório para avaliar o estilo parental natural que fornece o “ambiente” para o desenvolvimento infantil.³¹ Dois tipos de codificação foram aplicados para abordar aspectos do comportamento parental, códigos micro analíticos e escalas globais de classificação. A codificação micro analítica inclui um conjunto de comportamentos discretos, como o olhar dos pais para o bebê, vocalizações “manhês” (fala direcionada ao bebê), toque parental ou expressões faciais. A aparência de cada comportamento é marcada para cada pequeno segmento de tempo.³¹ A codificação contabiliza toda a interação como frequências (número de vezes em que um comportamento ocorreu, por exemplo, o número de vezes que o pai tocou o bebê com carinho) ou proporções (porcentagem de tempo de toda a interação em que esse comportamento aparece, por exemplo, proporção de tempo em que o pai expressou afeto positivo).³¹ As escalas de avaliação, por outro lado, foram codificadas para toda a sessão em uma escala Likert, muitas vezes abordam aspectos mais globais da interação e podem ser mais avaliadoras da qualidade da interação, usando construtos como responsividade, intrusividade ou reciprocidade.³¹

Essas escalas globais seguem a tradição de Ainsworth *et al.*³⁵ e seu uso da classificação global da sensibilidade materna, característica fundamental do ambiente que promove a segurança do apego da criança.³¹

O CIB é como uma janela para o estudo do comportamento dos pais desde a infância até a adolescência³¹. O CIB foi desenvolvido há mais de uma década e desde então tem sido usado em vários estudos. Os resultados desses estudos lançaram luz sobre o desenvolvimento da parentalidade.⁷⁷

A análise envolve:

- a) **Nível de observação.** O sistema CIB utiliza múltiplas escalas discretas, que são primeiro codificadas e depois resumidas em constructos de ordem superior. O sistema mantém tanto as escalas discretas quanto os constructos globais para permitir diferentes níveis de observação que podem ser usados para responder a questões empíricas específicas e para avaliar como múltiplos aspectos do

comportamento se encaixam em constructos de ordem superior sob diferentes condições, tais como idade, cultura ou patologia;⁷⁷

- b) **Alvo de observação.** A maioria das pesquisas anteriores sobre interação mãe-bebê enfocou o comportamento da mãe, provavelmente devido ao foco da “teoria do apego” nas contribuições maternas ao desenvolvimento. O sistema CIB considera o comportamento tanto no nível dos indivíduos quanto no nível da díade ou da tríade em interação.⁷⁷ O alvo da análise, portanto, primeiro examina os comportamentos separados de cada indivíduo (adulto e criança). Em seguida, o alvo da análise muda dos comportamentos de cada parceiro para os comportamentos da díade em interação e a codificação aborda as características organizacionais do sistema diádico.^{31,36} Nos casos em que as interações ocorrem entre mais de duas pessoas - tipicamente mãe, pai e filho ou uma família inteira - o alvo da observação muda novamente de indivíduos e díades para o sistema familiar como um todo, consistente com perspectivas sobre o desenvolvimento de sistemas familiares;^{37,38}
- c) **Estrutura de observação.** Toda interação consiste em componentes que descrevem seu “conteúdo” e componentes que descrevem sua “forma”. O conteúdo se refere a comportamentos relacionais específicos de cada parceiro, por exemplo, “afeto positivo dos pais” ou “vocalizações infantis”. Esses códigos são baseados em comportamentos discretos que sempre aparecem de certa maneira, avaliam comportamentos dentro de uma modalidade específica e podem ser facilmente avaliados com base na frequência e duração de sua ocorrência.⁷⁷ Códigos relacionados à forma tipicamente consideram aspectos mais sutis e fundamentais da interação, tais como “intromissão dos pais”, “iniciação infantil” ou “reciprocidade diádica”. Esses códigos podem aparecer em várias modalidades e seu nível geralmente depende da resposta do parceiro da interação (por exemplo, certos comportamentos maternos podem ser classificados como intrusivos em uma determinada cultura e não em outra), e seu papel é descrever a organização subjacente da interação à medida que ela se desdobra.⁷⁷ Os códigos independentes do CIB são agregados em oito construtos de ordem superior. Esses construtos são baseados em teoria e pesquisa no campo do desenvolvimento infantil social. Os três construtos adultos são sensibilidade, intrusividade e estabelecimento de limites; os três construtos da criança são de engajamento/envolvimento, retirada e

conformidade; e os dois construtos diádicos são reciprocidade diádica e estados negativos diádicos. Códigos adicionais estão disponíveis para temas específicos que aparecem na brincadeira da criança, para o nível do jogo simbólico da criança, para as interações de alimentação, e para o afeto negativo materno e infantil e esses construtos podem ser usados em certas amostras baseadas no objetivo da pesquisa em questão. Cada construto é construído sobre uma mistura de códigos relacionados para “conteúdo” e códigos relacionados à “forma”. Similarmente, cada construto inclui códigos que são considerados centrais para este construto em qualquer idade ou cultura e códigos que podem ser parte do construto em alguns pontos do desenvolvimento, mas não em outros, ou em alguns contextos culturais, mas não em outros. Por exemplo, “reconhecimento dos pais” é um componente fundamental na característica “sensibilidade dos pais” em qualquer interação em qualquer idade, enquanto “toque afetivo dos pais” pode ser um componente mais importante da sensibilidade em algumas culturas e o código “imitação dos pais” é um componente do construto de sensibilidade nos primeiros meses de vida, mas não depois disso.^{31,77}

O processo de desenvolvimento, o comportamento social de bebês e de crianças pequenas muda drasticamente durante os primeiros anos de vida: desde os escassos momentos de atenção do recém-nascido até o envolvimento não verbal do bebê, até a construção de cenários de brincadeiras complexas em idade pré-escolar ou resultados verbais complexos do adolescente. O comportamento paternal, portanto, contém componentes significativos ao longo das idades e códigos que são específicos para, ou tornam-se salientes em uma determinada janela de tempo, e servem a um objetivo de desenvolvimento específico durante esse período. Por exemplo, durante o estágio de três a seis meses, os pais tendem a mover e manipular os braços e os pés do bebê, balançar o bebê para uma posição sentada ou jogar o bebê no ar. Essas formas estimulantes de toque estimulam os sistemas fisiológicos da criança e criam coerência entre vários canais não-verbais de comunicação, como afeto positivo, vocalizações, olhar e toque.³⁹ Durante as interações mãe-filho nas sociedades ocidentais, esses padrões diminuem significativamente ao longo do segundo semestre de vida, e nos casos em que a manipulação física é observada além do primeiro ano, deve-se considerar os distúrbios no relacionamento. No entanto, durante as interações entre pai e filho, a manipulação física e a brincadeira “grosseira” podem ser observadas em toda a infância, pré-escola e até mesmo

além, pensa-se que o envolvimento físico da criança promove o vínculo pai-filho ^{40,41} Da mesma forma, em sociedades mais tradicionais, a manipulação física entre pai e filho é o modo de parentesco culturalmente aceito, particularmente com os filhos. Por exemplo, constatou-se que a manipulação física do pai e o comportamento "intrusivo" nos estágios do bebê e da criança predizem a competência social infantil mais elevada no ambiente de puericultura entre as crianças palestinas, enquanto padrões intrusivos similares previam menor competência social em crianças israelenses, ^{42,43} indicando que os componentes promotores do crescimento em uma cultura podem ser contraproducentes em outra.

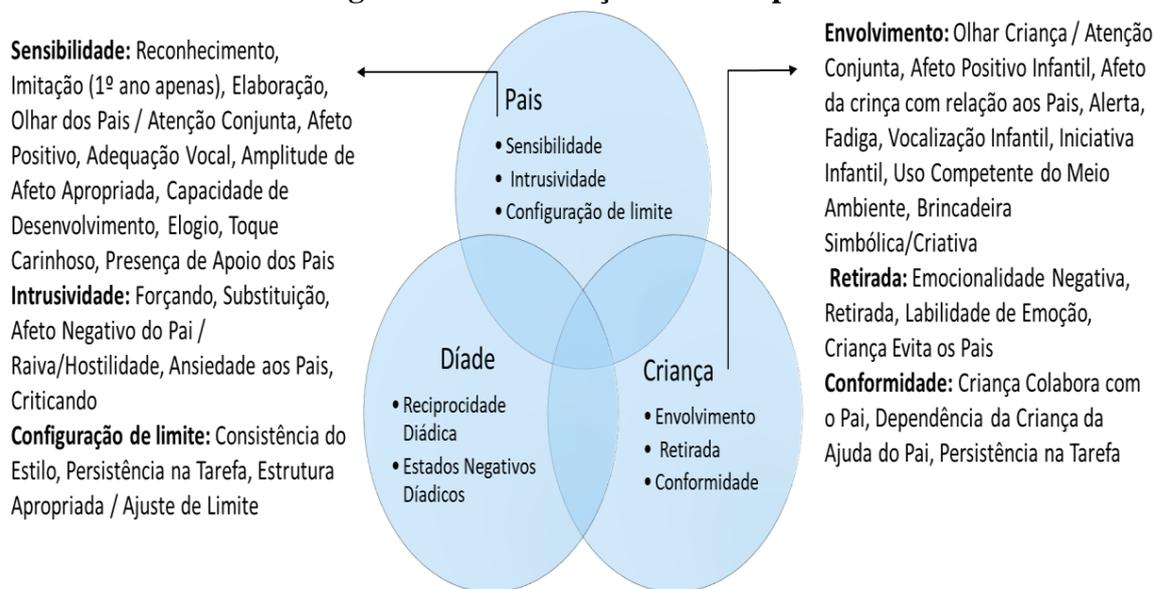
Semelhante a diferenças relacionadas a contextos culturais e adultos interagentes há comportamento parental que pode não ser observado antes de certa idade. Por exemplo, os comportamentos relacionados à adesão da criança e ao estabelecimento do limite parental, à atenção conjunta e à persistência na tarefa da criança são observados pela primeira vez no final do primeiro ano e ganham significado apenas como vetores importantes do comportamento social dos pais e da criança, durante o segundo ano.⁷⁷ Os códigos que tratam do jogo simbólico criativo da criança ou o uso competente do ambiente tendem a se tornar um aspecto significativo da interação durante o segundo ano de vida, juntamente com o amadurecimento dos símbolos e a consolidação da ação intencional.⁴⁴⁻⁴⁶ A esse respeito, a divisão do comportamento parental em códigos que descrevem "conteúdo" e aqueles que descrevem "forma" pode ser útil. Enquanto o "conteúdo" da interação pode mudar através do desenvolvimento, em termos da aparência ou desaparecimento de comportamentos específicos ao longo do amadurecimento das habilidades cognitivas, motoras e sociais, as características organizacionais da interação, os códigos que descrevem sua forma, provavelmente terão significado em todo o desenvolvimento, embora os níveis de características formais específicas possam mudar com a idade. Por exemplo, seguindo a trajetória do constructo de sensibilidade materna em seis momentos do nascimento até cinco anos, verificou-se que a sensibilidade mostrava uma trajetória curvilínea, com aumentos rápidos durante o primeiro semestre, uma diminuição a partir de então e um patamar de dois a cinco anos de idade.⁴⁷ Ao avaliar o comportamento dos pais como o "ambiente" das crianças, pode ser útil considerar comportamentos relacionais em cinco estágios de desenvolvimento social, do estágio do recém-nascido à adolescência, e examinar o repertório único do comportamento social dos pais e filhos em cada estágio.

O recém-nascido socialmente orientado e o repertório materno pós-parto. O primeiro mês pós-parto (ou seis semanas) é um período único de "transição bio-comportamental",⁴⁸ quando as funções homeostáticas e autorregulatórias do recém-nascido e os ciclos de cuidados

previsíveis começam a se consolidar ⁴⁹. Nesta fase, os bebês estão começando a se orientar para o mundo social. Consistente com o trabalho sobre o comportamento materno em mamíferos⁵⁰ e perspectivas teóricas sobre a formação de vínculo⁵¹, as observações dos pais e recém-nascidos devem se concentrar no desdobramento dos comportamentos específicos da espécie que sustentam os pais e o vínculo infantil. Nesta fase, o CIB tem um esquema de codificação em micro nível único (microanálise) que utiliza uma abordagem de amostragem de tempo para avaliar comportamentos parentais típicos da mãe no período pós-parto, incluindo diferentes formas de toque afetivo e funcional, tipos de vocalizações (“manhês”), expressões afetivas e direção do olhar, bem como o estado infantil e o olhar. Das escalas de classificação típicas do CIB, as únicas aplicáveis a essa idade são a adaptação materna, a intromissão materna, o afeto positivo materno e o estado de alerta da criança. As interações alimentares começam a tomar forma como um contexto central para o vínculo mãe-bebê emergente e servem como uma importante função para o desenvolvimento da relação alimentar e o sistema CIB para recém-nascido possui uma versão especial para interação alimentar que também considera a robustez da alimentação infantil e a natureza do comportamento alimentar da mãe.⁵² Entre as idades de três e doze meses, começando com o surgimento da comunicação face a face e até os primeiros sinais do uso do símbolo, as crianças estão na fase mais social da vida.⁵³ Padrões relacionais em várias modalidades, como olhar, afeto, voz, toque, posição de proximidade, orientação corporal e indicadores de excitação, consolidam-se em configurações de comportamentos específicos de díade, pais e filhos começam a adaptar-se ao ritmo e ritmos um do outro.³⁶ Comportamentos específicos tornam-se marcadores de interações sociais nesse estágio. Os pais expressam o afeto positivo e o olhar contínuo, emitem vocalizações agudas “manhês”, reconhecem e elaboram os sinais do bebê em várias modalidades interativas e participam de jogos ritualísticos recíprocos. Ao mesmo tempo, os pais desenvolvem uma série de expressões afetivas, tornam-se engenhosos em lidar com o humor e as necessidades em mudança da criança e formam um estilo consistente de relacionamento.⁷⁷ Os bebês demonstram comportamentos sociais concretos, como olhar para o rosto dos pais, vocalizações sociais, sinais de afeto positivo, atenção e exuberância e formas iniciais de toque afetivo. Durante o segundo semestre, os bebês começam a iniciar as interações sociais e o estilo diádico de interação é marcado pela reciprocidade, pela adaptação mútua e por uma fluência e ritmo “dançantes”. Esses primeiros padrões face-a-face são críticos para a formação dos circuitos cerebrais sociais⁵⁴ e foram encontrados para prever uma série de resultados positivos, incluindo o desenvolvimento de autorregulação, habilidades simbólicas e empatia.³⁶ Da mesma forma, condições patológicas -

sejam decorrentes da mãe (por exemplo, depressão pós-parto), da criança (por exemplo, prematuridade) ou do contexto (por exemplo, pobreza, trauma relacionado à guerra) - são expressas em rupturas específicas à troca diádica neste estágio.⁷⁷

Figura 2 – CIB Relação dos Componentes



Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Feldman.³¹

Dados Secundários

Para caracterizar a amostra estudada e identificar variáveis perinatais, obstétricas e socioeconômicas relacionadas ao desenvolvimento neuropsicomotor, dados secundários foram extraídos dos prontuários e de questões feitas aos pais e cuidadores:

- Variáveis perinatais: Peso de nascimento; IG; Sexo; Apgar no 5º minuto; Tempo de internação e Intercorrências (Cirurgias; Doença da Membrana Hialina (DMH), Suporte Ventilatório; Infecção/Sepse; Retinopatia (ROP); Enterocolite necrosante (NEC); Displasia broncopulmonar (DBP); HPIV grau I ou II; Convulsão);
- Variáveis obstétricas: Paridade; Número de gestações; Número de abortos; Número de consultas de Pré-Natal; Tipo de parto; Intercorrências na gestação;
- Variáveis socioeconômicas: Nível socioeconômico, escolaridade dos pais, situação conjugal, religião, etilismo, dependência química, idade dos pais e ocupação dos pais;

- Variáveis religiosas: crença, práticas religiosas, espiritualidade, fé e sua relação com a saúde.

Quadro 1 – Representação de todos os instrumentos de análise da Etapa 2

Etapa 2: Pós-Natal	Referência
Dados Secundários	-
Teste de Triagem de Desenvolvimento Denver II (TTDD II)	Drachler, Marshall e Carvalho-Leite ²³ Leão ²⁴
Exames audiológicos e Avaliação do Comportamento Auditivo	Triagem auditiva Neonatal Universal (TANU) Azevedo ²²
Protocolo Gordo	Protocolo adaptado para avaliação de crianças de 2 a 24 meses ²¹
Protocolo PREAUT	Olliac <i>et al.</i> ²⁶
Questionário sobre o Comportamento do Bebê – Revisado	Traduzido e adaptado com autorização dos autores por Klein, Putman e Linhares ²⁸
Codificação do Comportamento Interativo “CIB”	Feldman ³¹

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Cálculo Amostral

Amostra (Casuística): 50 gestantes, divididas em dois grupos:

- Grupo 1: composto por 25 gestantes participantes do pré-natal do Centro de Medicina Fetal (CEMEFE HC/UFGM), cujos fetos foram previamente diagnosticados com alguma anomalia estrutural como uropatias, gastrosquise e onfalocele sem malformações associadas;
- Grupo 2: grupo controle composto por 25 gestantes, cujos fetos não apresentaram nenhuma anomalia estrutural, participantes do pré-natal do Hospital das Clínicas-UFGM/MG. O acompanhamento da díade mãe-bebê teve continuidade durante o primeiro ano de vida do bebê.

Análise Estatística

As análises foram realizadas ao nível de significância de 0,05 e o software SPSS 18. A normalidade da distribuição das variáveis numéricas foi verificada pelo teste Shapiro Wilk.

As variáveis numéricas que não apresentaram distribuição normal gaussiana foram expressas em termos de mediana, primeiro e terceiro quartil. E as variáveis numéricas que apresentaram distribuição normal gaussiana foram expressas em termos de médias e desvio padrão. As variáveis categóricas foram expressas em termos de frequências e porcentagens.

Na análise de associação entre duas variáveis, para a comparação das médias das variáveis com distribuição normal gaussiana entre 2 grupos independentes aplicou-se o teste paramétrico t-student. Na comparação de medianas das variáveis sem distribuição normal gaussiana entre 2 grupos independentes aplicou-se o teste não paramétrico de Mann Whitney. E para verificar a hipótese de associação entre as variáveis categóricas com os grupos aplicou-se o teste Qui-quadrado de Pearson ou o Teste Exato de Fisher. O valor residual ajustado foi usado como referência para indicar qual classe das variáveis está associada a um dos grupos. Aplicou-se o teste MANOVA para comparar as médias entre diversas variáveis de resposta entre dois grupos independentes.

Metodologia de Análise de Dados

Os áudios e vídeos foram gravados e armazenados imediatamente em um banco de dados comum e disponível somente aos participantes principais da pesquisa para evitar que qualquer gravação fosse desviada a outros fins. Os dados coletados (imagens e áudio das díades mães-bebês) foram analisados através do ELAN, programa que permite analisar dados de imagem e de áudio simultaneamente, no decorrer do tempo.

Todos os resultados foram lançados em planilhas Excel para análise. O suporte para o tratamento estatístico dos dados foi feito da seguinte forma: foram calculadas as médias, o respectivo desvio padrão e o coeficiente de variação para cada variável estudada. Em seguida foi conduzida uma comparação entre os grupos e, para cada comparação, foi investigada se a diferença entre as médias é estatisticamente significativa, utilizando-se a análise de variância (Teste F e Fisher-Snedecor). O nível de significância utilizado foi de 5% ($p < 0,05$). Foram observadas todas as variáveis relevantes. Houve a construção de análises estratificadas, para que ocorresse a comparabilidade dos grupos, criou-se subgrupos homogêneos.

O cálculo amostral baseou-se nos dados da literatura: vinte cinco (25) gestantes em cada grupo^{18,54-57} e um estudo piloto foi realizado a partir de quinze (15) gestantes em cada grupo.

Para a análise de precisão foi considerada a repetibilidade e reprodutibilidade dos dados.

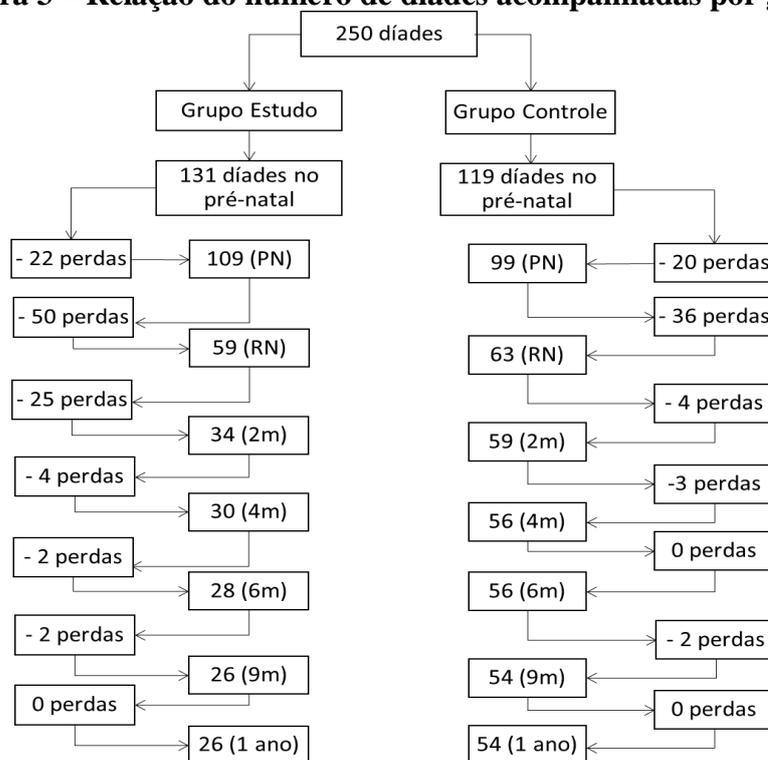
A primeira etapa (Etapa 1) compreende a coleta de dados do período pré-natal que ocorreu no período de abril de 2016 a dezembro de 2017. A data de encerramento da coleta de dados da primeira etapa seguiu o cronograma de encerramento da coleta de dados da segunda etapa, considerando que os últimos bebês acompanhados deveriam completar 12 meses de idade até dezembro de 2018. Esta primeira etapa foi concluída com o 250 gestantes convidadas, ou seja, foi realizado o convite a 250 gestantes, 232 aceitaram participar do estudo (assinaram o TCLE), 208 realmente interessaram-se, gravaram o áudio do momento interativo mãe-feto e concluíram a primeira etapa inicial do estudo que corresponde à coleta de dados da Fase Pré-Natal (Etapa 1).

Quanto à segunda etapa (Etapa 2) que compreende a coleta de dados do período pós-natal, 122 díades mãe-bebê participaram da situação interacional com o recém-nascido, 93 díades mães-bebê com 2 meses, 86 díades mães-bebê com 4 meses, 84 díades mãe-bebê com 6 meses, 80 díades mãe-bebê com 9 meses e 80 díades mãe-bebê com 12 meses de idade. Considerando a análise das díades acompanhadas até o final de dezembro de 2018, ou seja, até os últimos bebês incluídos na pesquisa completarem 12 meses de idade, em dezembro/18, tem-se um total de 80 díades acompanhadas, sendo 26 díades do PNMEFE, 54 díades do PNHC (33 díades do PNRH e 20 díades do PNAR, 1 díade do PNRA).

Do total de 250 díades convidadas a participarem do estudo, 42 díades foram perdidas ou excluídas na primeira etapa do estudo (18 díades recusaram-se a participar do acompanhamento, alegaram diferentes motivos, como residirem em cidades muito distantes de Belo Horizonte, dificuldade de trazerem o filho aos encontros, por causa do trabalho e a presença de outros filhos e ao momento de muita incerteza com relação às condições de saúde do futuro bebê e 24 díades não conseguiram concluir o material de coleta da fase pré-natal antes do parto, porque não gravaram o áudio do momento interativo da díade mãe-feto). Das 86 díades que não deram continuidade ao acompanhamento na fase recém-nascido, 19 foram devido ao fator distância; 7 devido ao óbito do bebê e 1 ao óbito da mãe; 24 devido ao fato de o bebê apresentar quadro clínico compatível com os critérios de exclusão deste estudo; 35 desistiram e ou faltaram aos encontros previamente agendados. Das 29 díades que não deram continuidade ao acompanhamento com 2 meses de idade, 9 foram devido ao fator distância, 12 desistiram e ou faltaram aos encontros previamente agendados, 8 devido ao fato de o bebê apresentar quadro clínico compatível com os critérios de exclusão deste estudo. Das 7 díades que não deram continuidade ao acompanhamento com 4 meses de idade, 4 desistiram e ou faltaram aos encontros previamente agendados, 3 devido ao fato de o bebê apresentar quadro clínico compatível com os critérios de exclusão deste estudo. Das 2 díades que não deram

continuidade ao acompanhamento com 6 meses de idade, uma porque faltou ao encontro previamente agendado e uma devido ao fato de o bebê apresentar quadro clínico compatível com os critérios de exclusão deste estudo. Das 4 díades que não deram continuidade ao acompanhamento com 9 meses de idade, 1 desistiu e ou faltou ao encontro previamente agendado, 3 devido ao fato de o bebê apresentar quadro clínico compatível com os critérios de exclusão deste estudo. Do encontro com 9 meses de idade para o encontro com 12 meses de idade a quantidade de díades em acompanhamento se manteve, não houve nenhuma perda. Portanto este estudo contou com a conclusão do acompanhamento longitudinal de 80 díades, cujos bebês completaram 12 meses de idade cronológica ou idade corrigida para os prematuros e foram acompanhados desde a sua fase gestacional.

Figura 3 – Relação do número de díades acompanhadas por grupo



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Aspectos Éticos

O presente estudo, de caráter longitudinal, teve início após sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 548.79816.0.0000.5149/2016). Para a realização do estudo foi obtida a autorização do “Instituto Jenny de Andrade Faria” (Atenção à Saúde do Idoso e da Mulher) HC/UFMG, dos Departamentos de Fonoaudiologia e Unidade Funcional de Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia. Todos os participantes foram informados acerca dos

objetivos e procedimentos realizados na pesquisa e foram incluídos após o consentimento livre e esclarecido.

Todos os áudios e vídeos dos participantes foram obtidos mediante autorização expressa e por escrito para captação e utilização de imagens pessoais.

Riscos e Benefícios

Por ser uma pesquisa de avaliação (observacional e longitudinal), não indolor e não invasiva, não apresenta riscos a integridade física dos participantes. Os benefícios relacionam-se ao conhecimento do comportamento interativo comunicativo da díade e à prevenção dos problemas decorrentes das alterações na interação da díade.

A presente pesquisa oferece riscos de desconforto, constrangimentos e quebra de sigilo, no entanto os pesquisadores foram os únicos a ter acesso aos dados e tomaram todas as providências necessárias para manter o sigilo dos dados, mas existe a possibilidade de quebra de sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os responsáveis pelas crianças foram informados e orientados em relação aos procedimentos da pesquisa. Todos receberam, por meio do TCLE, informações escritas relacionadas aos objetivos, importância, sigilo, riscos e benefícios da pesquisa, participação voluntária e o direito de desistir de participar em qualquer etapa do estudo sem nenhum ônus adicional. Ao final dos encontros todos os pais/responsáveis foram informados sobre o desempenho da sua criança nos protocolos de avaliação do desenvolvimento. Quando identificada alguma alteração de desenvolvimento, em quaisquer das áreas avaliadas, os responsáveis receberam orientações, além de encaminhamento para o profissional responsável na rede de atenção primária.

Resultados Período Pós-Natal

Nesta etapa para manter os critérios de inclusão e exclusão foram registrados os **dados secundários** do momento perinatal e pós-natal a partir de análise de prontuários, “Caderneta de Saúde da Criança/Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde” (peso, estatura, perímetro cefálico, apgar e intercorrências) e entrevista com os pais. Foram observadas as condições do nascimento e evolução clínica, assim como exames (teste do coraçãozinho, teste

do olhinho, ultrassom de transfontanela, etc), que confirmaram a condição clínica e prognóstico dos bebês acompanhados.

Em todos os encontros inicialmente o bebê (recém-nascidos, com dois, quatro, seis, nove e doze meses de idade cronológica, ou corrigida nos casos de prematuridade) passou por uma avaliação e observação do desenvolvimento da linguagem – *Triagem Auditiva em Bebês de 2 a 12 Meses*,²¹ da audição por meio da observação dos exames audiológicos já realizados periodicamente (Emissões otoacústicas-Triagem Auditiva Neonatal Universal -TANU- “teste da orelhinha”) e a Observação do Comportamento Auditivo²² e por uma triagem do desenvolvimento neuropsicomotor - *Teste de Triagem de Desenvolvimento Denver II* (TTDD II).^{23,24} Foram observados e registrados todos os dados que constavam na “Caderneta de Saúde da Criança/Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde” anotados pelos profissionais de saúde.

De acordo com todas as características clínicas relevantes que foram observadas e a aplicação dos instrumentos de triagem e avaliação do desenvolvimento os lactentes que permaneceram na amostra longitudinal deste estudo apresentaram desenvolvimento típico, ou seja, dentro do esperado para os critérios de normalidade em todas as faixas etárias deste estudo.

Aos quatro e nove meses de idade todos os bebês acompanhados também foram observados para a aplicação do O Protocolo PREAUT.²⁶

Pela Tabela 1, onde se avalia a hipótese de associação entre a variável Total do Preaut entre os Grupos Estudo e Controle, é possível constatar que não houve associação significativa ($p < 0,05$) tanto na configuração numérica da variável ($p = 0,400$), quando na configuração categórica ($p = 1,000$).

Tabela 1 – Associação entre a variável Preaut nos Grupos Estudo e Controle

Variáveis	Global (n=50)	Estudo (n=25)	Controle (n=25)	P-valor
Total¹	6,0(6,0-12,0)	7,0(6,0-12,0)	6,0(6,0-12,0)	0,400
Total Categ²	50	25	25	1,000
≤5	10(20,0)	5(20,0)	5(20,0)	
>5	40(80,0)	20(80,0)	20(80,0)	

Frequência (%); Mediana (1º quartil - 3º quartil); ¹Teste de Mann Whitney; ²Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Aos nove meses de idade cronológica ou idade corrigida (para os casos de prematuridade) foi preenchido o questionário *Infant Behavior Questionnaire - Revised* “*Questionário sobre o Comportamento do Bebê-Revisado*” (Traduzido e adaptado com autorização dos autores por Klein, Putman e Linhares.²⁸ Trata-se de um questionário

respondido pela mãe para avaliar o temperamento da criança. Ele descreve comportamentos das crianças em diversas situações específicas e solicitam julgamentos de frequência de emissão de tais comportamentos em um período recente, permitindo maior confiabilidade do relato dos pais.

Questionário sobre o Comportamento do Bebê-Revisado28

Na Tabela 2, estão representados os valores de média e desvio padrão entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis do Questionário sobre o Comportamento do Bebê-Revisado. Não houve diferença significativa entre os grupos para essas variáveis analisadas.

Tabela 2 – Teste MANOVA entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis do Questionário sobre o Comportamento do Bebê-Revisado

Variáveis	Estudo (n=25)	Controle (n=25)	p-valor
Alimentação	5,65(±0,51)	5,77(±0,51)	0,101
Sono	4,38(±0,45)	4,34(±0,37)	0,808
Dando Banho e Vestindo	5,36(±0,60)	5,36(±0,54)	0,470
Brincando	5,62(±0,31)	5,75(±0,34)	0,311
Atividades Diárias	4,93(±0,42)	5,02(±0,33)	-
Período de Tempo de duas Semanas	3,94(±0,86)	4,16(±0,78)	0,230
Técnicas para Consolar o Bebê	3,24(±0,53)	3,58(±0,63)	0,208

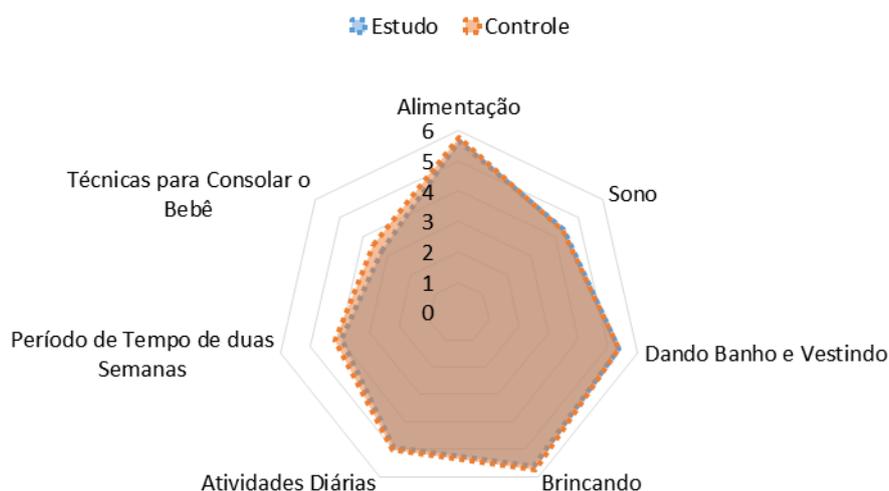
Média (±desvio padrão).

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Este questionário contém várias questões “variáveis” observadas que conduzem aos domínios. A análise dos dados agrupados é essencial para chegar na qualidade dos domínios (Alimentação, Sono, Dando banho ou Vestindo, Brincando, Atividades Diárias, Período de Tempo de Duas Semanas e Técnicas para Consolar o Bebê). No Gráfico 1 permite visualizar que as notas dos domínios de cada grupo estudo e controle se sobrepõem revelando que não houve diferença significativa entre eles.

Gráfico 1 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo nos domínios agrupados aos 12 meses

QUESTIONÁRIO DO COMPORTAMENTO DO BEBÊ- REVISADO



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Todos os encontros foram filmados. Os vídeos dos momentos interativos foram codificados/analísados utilizando-se o seguinte material:

Coding Interactive Behavior.³¹ Quarenta e dois códigos diferentes foram agrupados em várias características interativas (Domínios). Cada código é classificado de 1 (um pouco) a 5 (muito). As variáveis observadas e pontuadas conduzem a qualidade destes alguns domínios (constructos), portanto está análise agrupada de todas as variáveis é característica essencial a este tipo de análise.

As vídeograuações foram realizadas em todos os encontros pré-agendados com a díade mãe-bebê. No momento em que o bebê era recém-nascido foi realizada a filmagem de nove minutos de uma situação livre do bebê no colo da mãe e a partir de dois meses idade foram filmados três momentos diferentes com duração de três minutos cada. Em que cada momento favoreceu um tipo de intermediação como a utilização de um objeto/brinquedo, uma cantiga cantada pela mãe e apenas com o discurso materno.

Tabela 3 – Teste entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis Intromissão, Afeto e Reconhecimento aferidas nos recém-nascidos

Variáveis	Estudo (n=25)	Controle (n=25)	p-valor
Idade	13,3(±12,1)	16,0(±10,5)	0,410
Intromissão¹	1,48(±0,77)	1,24(±0,52)	0,204
Afeto¹	4,04(±0,45)	3,84(±0,62)	0,202
Reconhecimento¹	3,88(±0,67)	3,76(±0,72)	0,545

¹Teste t-student;

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Foram analisadas as habilidades e sinais comunicativos da díade em três momentos onde em cada um favoreceu um tipo de intermediação como a utilização de um **objeto**/brinquedo (**Domínio Objeto**), uma **cantiga** (**Domínio Cantiga**) cantada pela mãe e apenas o discurso materno (conversa espontânea, “manhês” / **livre** (**Domínio Livre**)). Teve o propósito de verificar o tipo de intermediação que mais favoreceu o comportamento interativo e analisou as variáveis relevantes comparando-se os dois grupos.

Domínio Livre

Na Tabela 4, estão representados os valores de média e desvio padrão entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis latentes do CIB para o Domínio Livre aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses. Houve diferença significativa entre as médias dos grupos Estudo e Controle aos 6 meses para as variáveis Envolvimento ($p=0,029$), Reciprocidade ($p=0,039$) e Estados negativos ($p=0,040$). Aos 9 meses a diferença significativa foi para a variável Envolvimento ($p=0,044$).

Tabela 4 - Teste MANOVA entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis latentes Sensibilidade, Intrusividade, Limite, Envolvimento, Reciprocidade, Estados Negativos e Withdraw no Domínio Livre

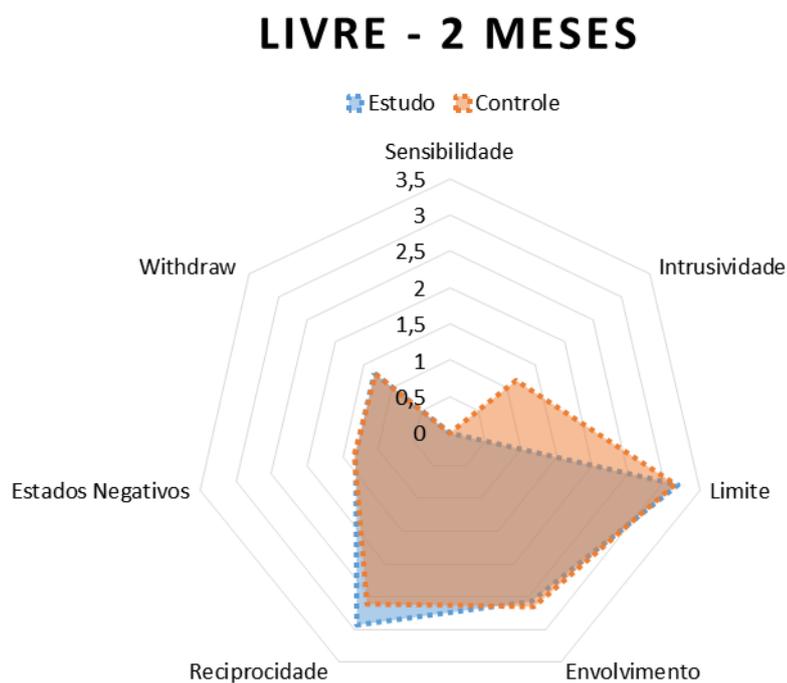
Domínio – Livre	Estudo (±n=25)	Controle (±n=25)	p- valor
Sensibilidade – 2 meses	2,95(±0,50)	2,94(±0,62)	0,215
Sensibilidade - 4 meses	2,97(±0,35)	3,01(±0,38)	0,700
Sensibilidade - 6 meses	3,24(±0,39)	2,99(±0,50)	0,425
Sensibilidade - 9 meses	2,96(±0,47)	2,69(±0,52)	0,441
Sensibilidade - 12 meses	3,13(±0,47)	2,92(±0,61)	0,592
Intrusividade – 2 meses	1,14(±0,20)	1,16(±0,27)	0,301
Intrusividade - 4 meses	1,14(±0,18)	1,14(±0,16)	0,290
Intrusividade - 6 meses	1,23(±0,25)	1,23(±0,22)	0,461
Intrusividade - 9 meses	1,23(±0,28)	1,21(±0,19)	-
Intrusividade - 12 meses	1,29(±0,28)	1,23(±0,33)	0,595
Limite – 2 meses	3,2(±0,82)	3,16(±0,75)	0,857
Limite - 4 meses	3,08(±0,40)	3,2(±0,58)	0,398
Limite - 6 meses	3,24(±0,60)	3,2(±0,65)	0,821
Limite - 9 meses	2,93(±0,58)	2,73(±0,53)	0,322
Limite - 12 meses	3,14(±0,73)	2,95(±0,63)	0,660
Envolvimento – 2 meses	2,57(±0,66)	2,65(±0,57)	0,827
Envolvimento – 4 meses	2,77(±0,43)	2,89(±0,38)	0,235
Envolvimento – 6 meses	3,12(±0,31)	2,89(±0,52)	0,029*
Envolvimento – 9 meses	3,07(±0,33)	2,82(±0,44)	0,044*
Envolvimento – 12 meses	3,22(±0,36)	3,07(±0,40)	0,723
Reciprocidade – 2 meses	2,93(±0,95)	2,61(±0,91)	0,711
Reciprocidade – 4 meses	3,24(±0,65)	3,14(±0,71)	0,225
Reciprocidade – 6 meses	3,56(±0,52)	3,11(±0,74)	0,039*
Reciprocidade – 9 meses	3,41(±0,66)	2,88(±0,79)	0,065
Reciprocidade – 12 meses	3,53(±0,65)	3,12(±0,86)	0,154
Estados Negativos – 2 meses	1,32(±0,61)	1,34(±0,51)	0,986
Estados Negativos – 4 meses	1,18(±0,32)	1,18(±0,38)	0,446
Estados Negativos – 6 meses	1,00 (±0,00)	1,32(±0,62)	0,040*
Estados Negativos – 9 meses	1,08(±0,31)	1,18(±0,38)	0,316
Estados Negativos – 12 meses	1,06(±0,16)	1,16(±0,37)	0,402
Withdraw – 2 meses	1,32(±0,66)	1,3(±0,65)	0,594
Withdraw – 4 meses	1,16(±0,40)	1,22(±0,48)	0,799
Withdraw – 6 meses	1,02(±0,10)	1,40(±0,78)	0,064
Withdraw – 9 meses	1,08(±0,40)	1,12(±0,27)	0,576
Withdraw – 12 meses	1,04(±0,12)	1,13(±0,38)	0,588

Média(±desvio padrão); *p-valor<0,05.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

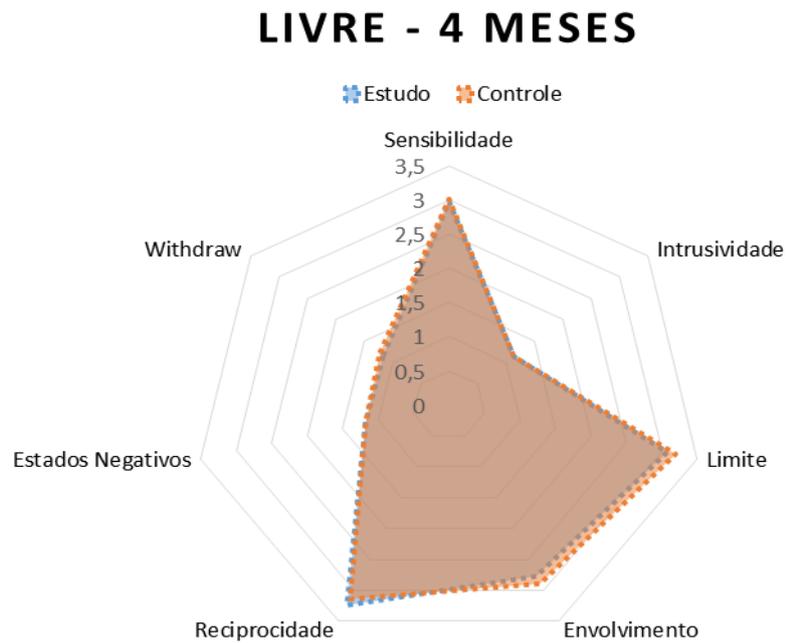
Nos Gráficos 2 a 6, estão os valores médios no domínio Livre para os dados da interação mãe-bebê entre os grupos estudo e controle aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses, respectivamente. O que se pode observar dos Gráficos é que apenas aos 6 e 9 meses houve diferença significativa de alguma variável entre os grupos, sendo três variáveis aos 6 meses (Envolvimento, Reciprocidade e Estados Negativos) e uma aos 9 meses (Envolvimento).

Gráfico 2 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio livre aos 2 meses



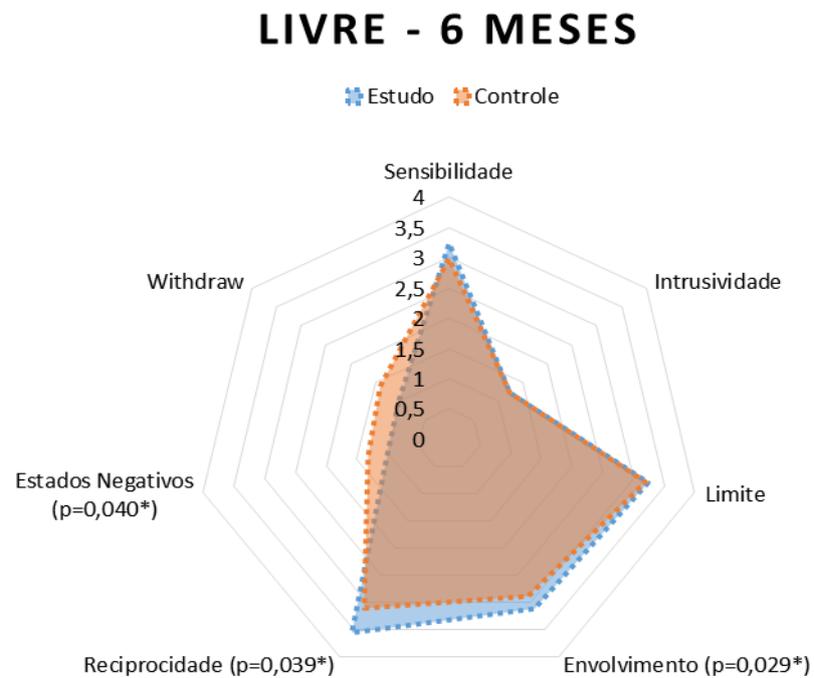
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Gráfico 3 - Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio livre aos 4 meses



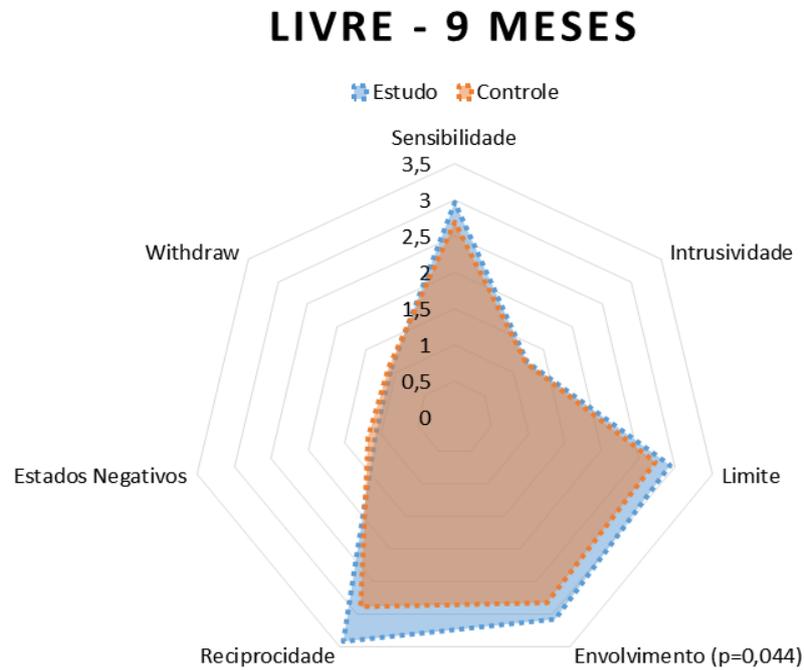
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Gráfico 4 - Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio livre aos 6 meses



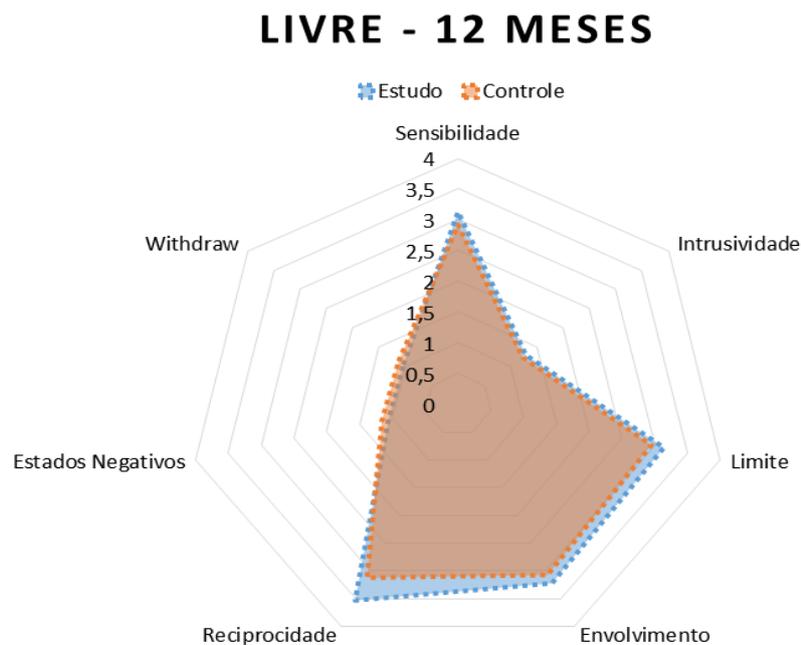
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Gráfico 5 - Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio livre aos 9 meses



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Gráfico 6 - Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio livre aos 12 meses



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Domínio Cantiga

Na Tabela 5, estão representados os valores de média e desvio padrão entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis latentes do CIB para o Domínio Cantiga aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses. Houve diferença significativa entre as médias dos grupos Estudo e Controle aos 6 meses para as variáveis Envolvimento ($p=0,029$), Estados negativos ($p=0,048$) e Withdraw ($p=0,016$). Aos 9 meses a diferença significativa foi para a variável Reciprocidade ($p=0,045$).

Tabela 5 - Teste MANOVA entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis latentes Sensibilidade, Intrusividade, Limite, Envolvimento, Reciprocidade, Estados Negativos e Withdraw no Domínio Cantiga

Domínio - Cantiga	Estudo (n=25)	Controle (n=25)	p- valor
Sensibilidade – 2 meses	2,87(±0,44)	2,75(±0,56)	0,562
Sensibilidade - 4 meses	2,88(±0,35)	2,91(±0,35)	0,844
Sensibilidade - 6 meses	3,14(±0,46)	2,89(±0,54)	0,686
Sensibilidade - 9 meses	2,96(±0,44)	2,68(±0,51)	0,383
Sensibilidade - 12 meses	3,15(±0,48)	2,87(±0,60)	0,243
Intrusividade – 2 meses	1,32(±0,28)	1,26(±0,35)	0,063
Intrusividade - 4 meses	1,25(±0,21)	1,22(±0,19)	0,784
Intrusividade - 6 meses	1,34(±0,33)	1,40(±0,31)	0,578
Intrusividade - 9 meses	1,33(±0,32)	1,30(±0,27)	-
Intrusividade - 12 meses	1,37(±0,33)	1,37(±0,33)	-
Limite – 2 meses	3,2(±0,82)	3,04(±0,79)	0,485
Limite - 4 meses	3,12(±0,33)	3,16(±0,63)	0,779
Limite - 6 meses	3,20(±0,65)	3,16(±0,62)	0,825
Limite - 9 meses	2,95(±0,57)	2,76(±0,54)	0,667
Limite - 12 meses	3,20(±0,75)	2,95(±0,61)	0,571
Envolvimento – 2 meses	2,44(±0,57)	2,55(±0,67)	0,695
Envolvimento – 4 meses	2,75(±0,37)	2,90(±0,36)	0,223
Envolvimento – 6 meses	3,01(±0,38)	2,83(±0,45)	0,029*
Envolvimento – 9 meses	3,07(±0,39)	2,87(±0,40)	0,346
Envolvimento – 12 meses	3,27(±0,39)	2,99(±0,39)	0,264
Reciprocidade – 2 meses	2,61(±0,91)	2,75(±0,98)	0,889
Reciprocidade – 4 meses	3,13(±0,73)	2,95(±0,74)	0,190
Reciprocidade – 6 meses	3,39(±0,66)	2,96(±0,72)	0,093
Reciprocidade – 9 meses	3,40(±0,67)	2,95(±0,77)	0,045*
Reciprocidade – 12 meses	3,40(±0,75)	3,04(±0,88)	0,237
Estados Negativos – 2 meses	1,46(±0,64)	1,54(±0,69)	0,533
Estados Negativos – 4 meses	1,38(±0,51)	1,40(±0,59)	0,323
Estados Negativos – 6 meses	1,14(±0,31)	1,42(±0,61)	0,048*
Estados Negativos – 9 meses	1,12(±0,36)	1,18(±0,41)	0,387
Estados Negativos – 12 meses	1,08(±0,24)	1,22(±0,44)	0,364
Withdraw – 2 meses	1,38(±0,67)	1,48(±0,87)	0,902

(Continua)

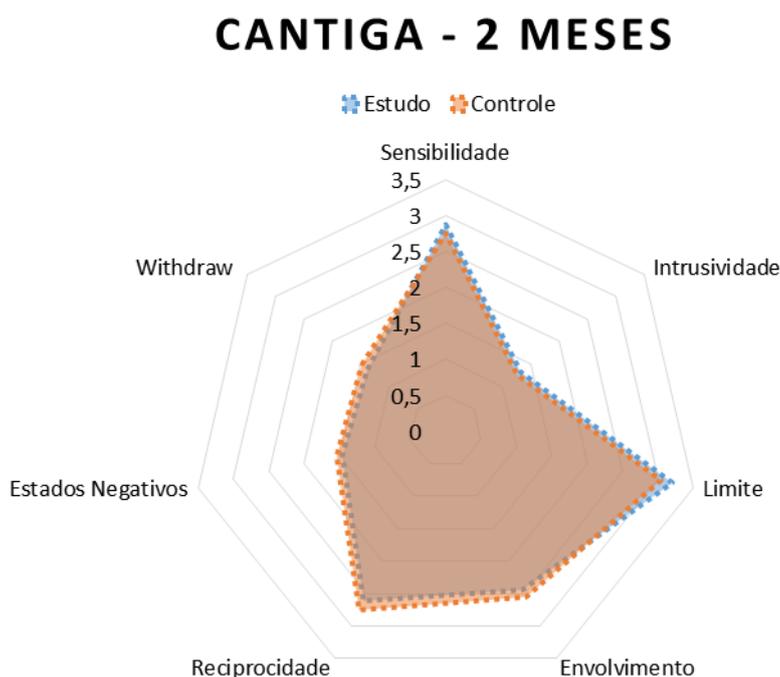
			(Conclusão)
Withdraw – 4 meses	1,26(±0,58)	1,26(±0,58)	1,000
Withdraw – 6 meses	1,06(±0,17)	1,52(±0,75)	0,016*
Withdraw – 9 meses	1,09(±0,47)	1,13(±0,29)	0,427
Withdraw – 12 meses	1,10(±0,26)	1,21(±0,44)	0,611

Média(±desvio padrão); *p-valor<0,05.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

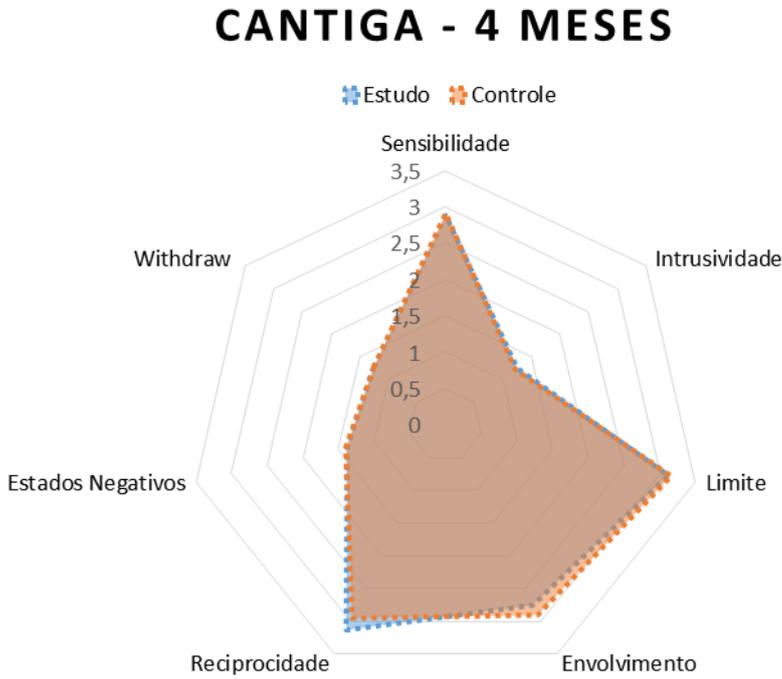
Nos Gráficos 7 a 11, estão os valores médios no domínio Cantiga para os dados da interação mãe-bebê entre os grupos estudo e controle aos 2,4,6,9 e 12 meses, respectivamente. O que se pode observar dos Gráficos é que, assim como para o domínio livre, apenas aos 6 e 9 meses houve diferença significativa de alguma variável entre os grupos, sendo três variáveis aos 6 meses (Envolvimento, Estados Negativos e Withdraw) e uma aos 9 meses (Envolvimento).

Gráfico 7 - Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio cantiga aos 2 meses



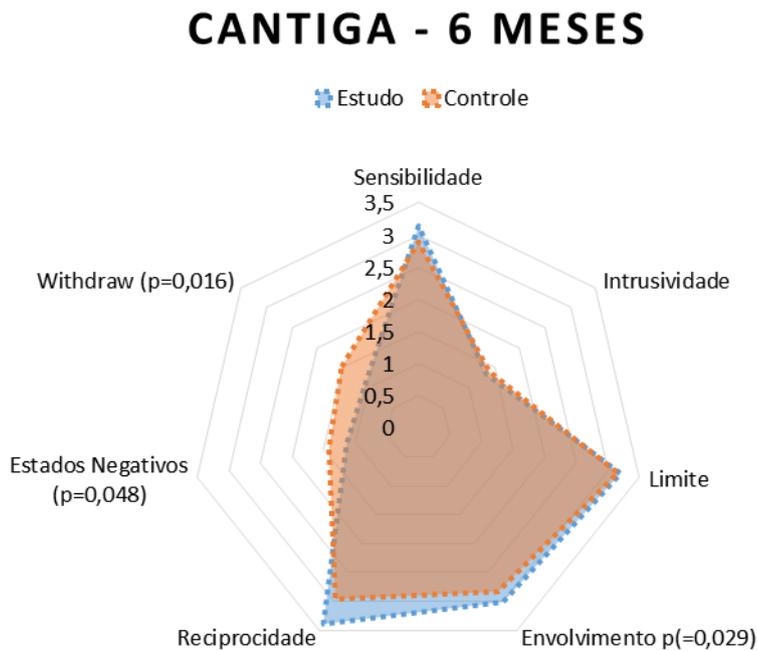
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Gráfico 8 - Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio cantiga aos 4 meses



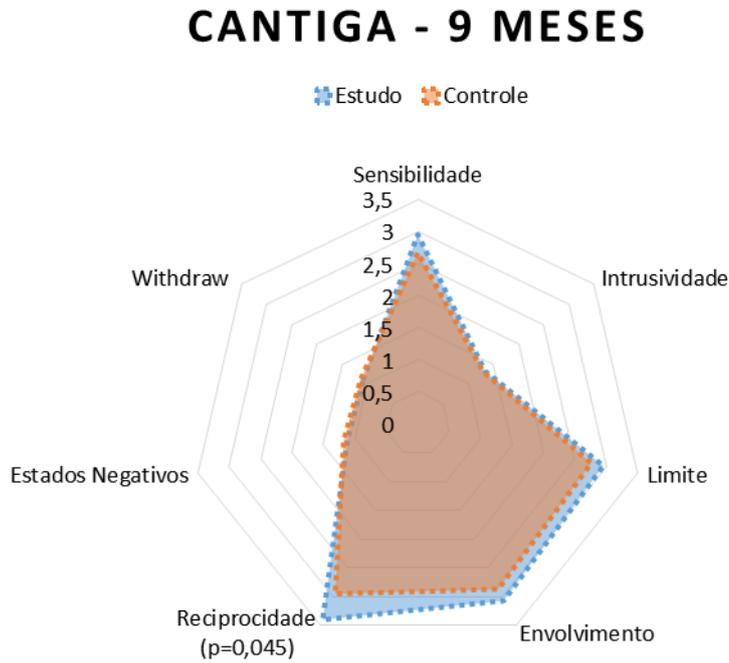
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Gráfico 9 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio cantiga aos 6 meses



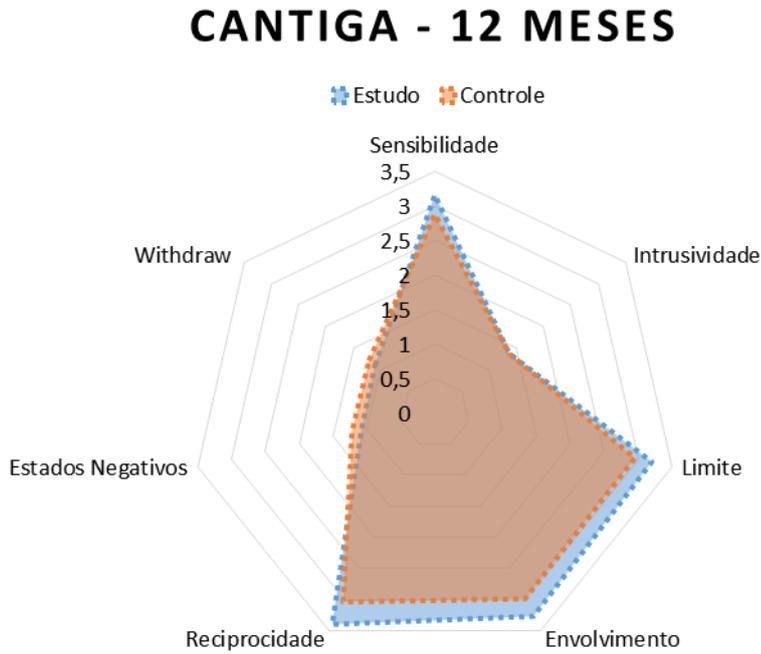
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Gráfico 10 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio cantiga aos 9 meses



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Gráfico 11 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio cantiga aos 12 meses



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Domínio Objeto

Na Tabela 6, estão representados os valores de média e desvio padrão entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis latentes do CIB para o Domínio Objeto aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses. Houve diferença significativa entre as médias dos grupos Estudo e Controle aos 6 meses para as variáveis Envolvimento ($p=0,007$), Reciprocidade ($p=0,015$) e Withdraw ($p=0,025$). Aos 9 meses a diferença significativa foi para a variável Reciprocidade ($p=0,022$).

Tabela 6 – Teste MANOVA entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis latentes Sensibilidade, Intrusividade, Limite, Envolvimento, Reciprocidade, Estados Negativos e Withdraw no Domínio Objeto

Domínio - Objeto	Estudo (n=25)	Controle (n=25)	p- valor
Sensibilidade – 2 meses	2,82(±0,43)	2,78(±0,59)	0,305
Sensibilidade - 4 meses	2,87(±0,33)	2,87(±0,41)	0,775
Sensibilidade - 6 meses	3,08(±0,36)	2,93(±0,51)	0,086
Sensibilidade - 9 meses	2,91(±0,42)	2,63(±0,50)	0,181
Sensibilidade - 12 meses	3,11(±0,49)	2,88(±0,61)	0,355
Intrusividade – 2 meses	1,21(±0,28)	1,48(±0,29)	0,218
Intrusividade - 4 meses	1,12(±0,14)	1,18(±0,202)	0,744
Intrusividade - 6 meses	1,23(±0,29)	1,25(±0,22)	0,489
Intrusividade - 9 meses	1,19(±0,23)	1,26(±0,27)	-
Intrusividade - 12 meses	1,27(±0,26)	1,27(±0,29)	-
Limite – 2 meses	3,2(±0,82)	3,16(±0,75)	0,857
Limite - 4 meses	3,12(±0,33)	3,2(±0,58)	0,551
Limite - 6 meses	3,24(±0,59)	3,20(±0,71)	0,830
Limite - 9 meses	3,00(±0,55)	2,72(±0,59)	0,255
Limite - 12 meses	3,13(±0,78)	2,97(±0,61)	0,858
Envolvimento – 2 meses	2,43(±0,57)	2,57(±0,60)	0,185
Envolvimento – 4 meses	2,79(±0,33)	2,80(±0,35)	0,441
Envolvimento – 6 meses	3,07(±0,27)	2,89(±0,48)	0,007*
Envolvimento – 9 meses	3,01(±0,33)	2,83(±0,36)	0,191
Envolvimento – 12 meses	3,19(±0,37)	3,02(±0,39)	0,541
Reciprocidade – 2 meses	2,67(±0,91)	2,76(±1,02)	0,917
Reciprocidade – 4 meses	3,32(±0,65)	2,96(±0,78)	0,380
Reciprocidade – 6 meses	3,45(±0,55)	3,05(±0,79)	0,015*
Reciprocidade – 9 meses	3,43(±0,72)	2,88(±0,70)	0,022*
Reciprocidade – 12 meses	3,52(±0,69)	3,05(±0,90)	0,183
Estados Negativos – 2 meses	1,42(±0,62)	1,42(±0,59)	0,705
Estados Negativos – 4 meses	1,18(±0,32)	1,20(±0,38)	0,832
Estados Negativos – 6 meses	1,06(±0,17)	1,26(±0,48)	0,152
Estados Negativos – 9 meses	1,06(±0,30)	1,24(±0,52)	0,332
Estados Negativos – 12 meses	1,06(±0,17)	1,16(±0,37)	0,487
Withdraw – 2 meses	1,38(±0,66)	1,36(±0,78)	0,696

(Continua)

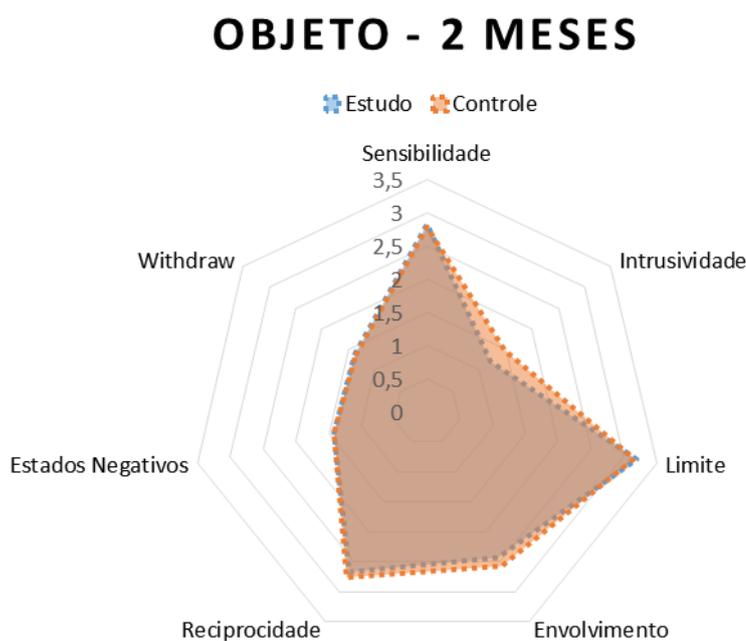
	(Conclusão)		
Withdraw – 4 meses	1,10(±0,35)	1,22(±0,48)	0,569
Withdraw – 6 meses	1,00(±0,00)	1,38(±0,66)	0,025*
Withdraw – 9 meses	1,08(±0,40)	1,23(±0,52)	0,681
Withdraw – 12 meses	1,04(±0,14)	1,13(±0,36)	0,459

Média(±desvio padrão); *p-valor<0,05.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

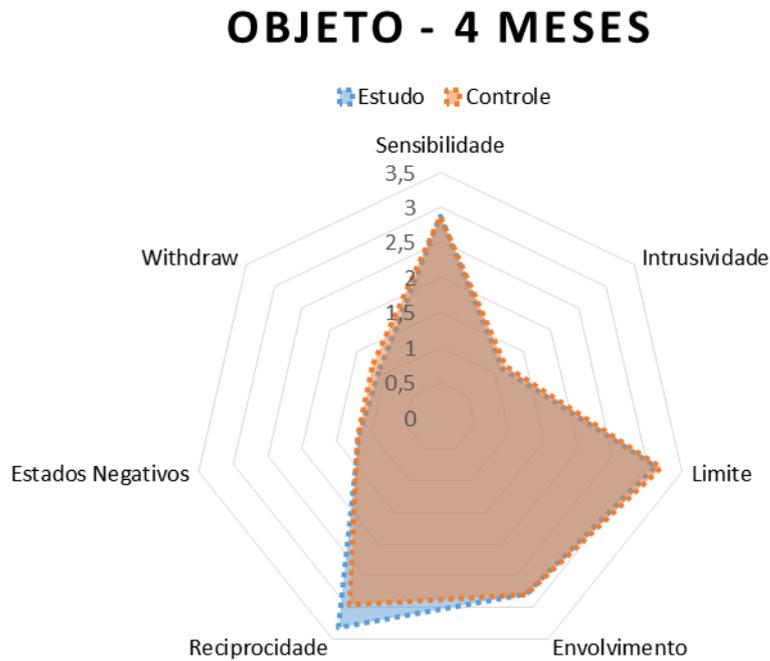
Nos Gráficos 12 a 16, estão os valores médios no domínio Objeto para os dados da interação mãe-bebê entre os grupos estudo e controle aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses, respectivamente. O que se pode observar dos Gráficos é que, novamente, apenas aos 6 e 9 meses houve diferença significativa de alguma variável entre os grupos, sendo três variáveis aos 6 meses (Envolvimento, Reciprocidade e Withdraw) e uma aos 9 meses (Envolvimento).

Gráfico 12 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio objeto aos 2 meses



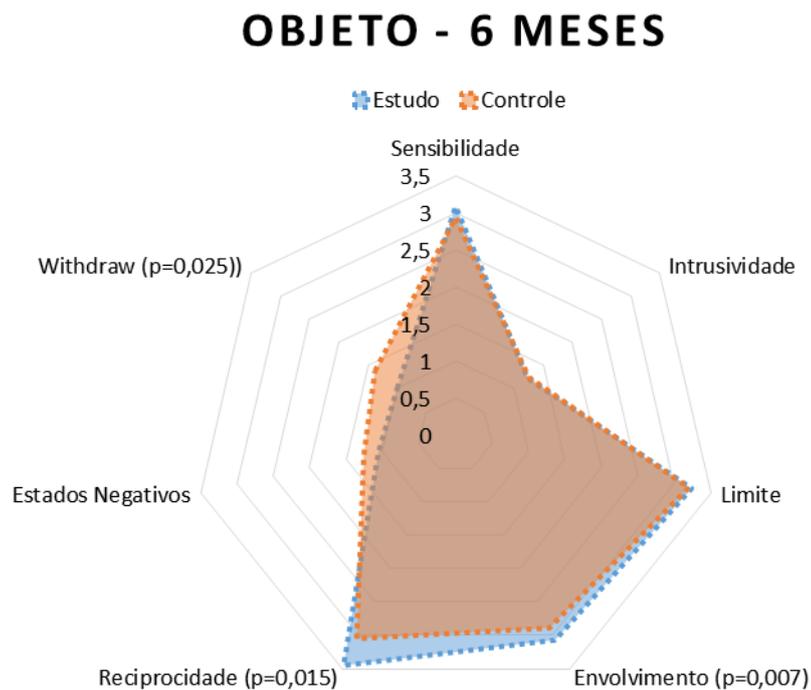
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Gráfico 13 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio objeto aos 4 meses



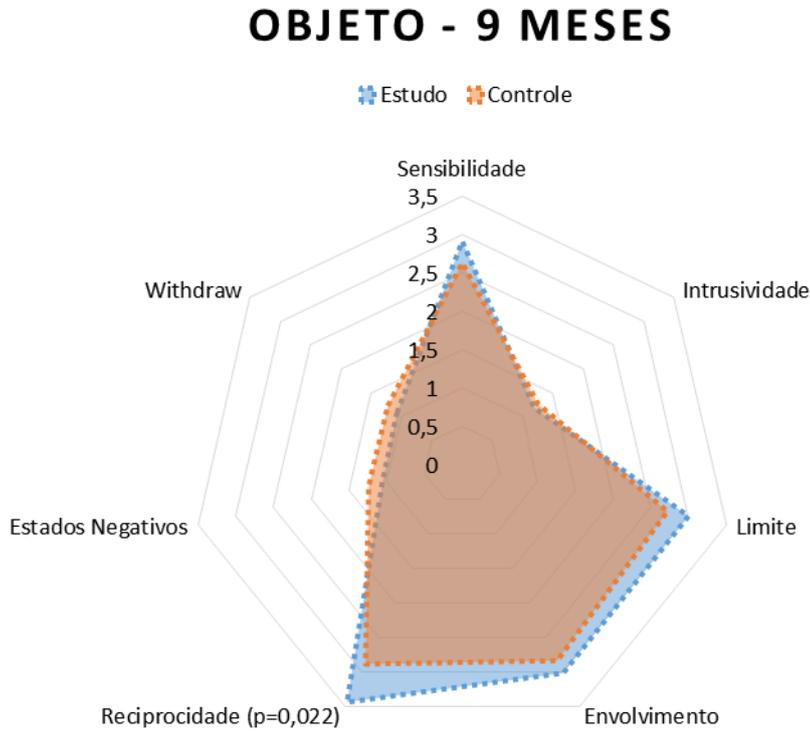
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Gráfico 14 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio objeto aos 6 meses



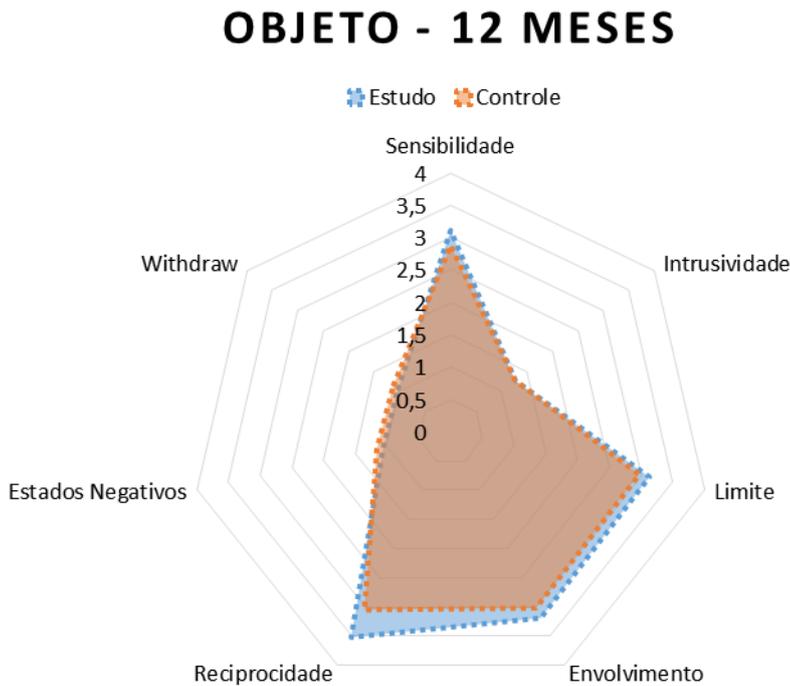
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Gráfico 15 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio objeto aos 9 meses



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Gráfico 16 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo no domínio objeto aos 12 meses



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Domínio Situações (Livre + Objeto+ Cantiga) Agrupadas

Na Tabela 7, estão representados os valores de média e desvio padrão entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis latentes do CIB para o Domínio dos momentos (situações Livre, Objeto e Cantiga) agrupados aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses. Houve diferença significativa entre as médias dos grupos Estudo e Controle aos 6 meses para as variáveis Reciprocidade ($p=0,023$), Estados Negativos ($p=0,022$) e Withdraw ($p=0,009$); aos 9 meses a diferença significativa foi para a variável Sensibilidade ($p=0,037$), Envolvimento ($p=0,024$), Reciprocidade ($p=0,011$) e aos 12 meses a diferença significativa foi para a variável Envolvimento ($p=0,036$).

Tabela 7 - Teste MANOVA entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis Sensibilidade, Intrusividade, Limite, Envolvimento, Reciprocidade, Estados Negativos e Withdraw no Domínio agrupadas

Domínio - agrupadas	Estudo (n=25)	Controle (n=25)	p-valor
Sensibilidade – 2 meses	2,88(±0,44)	2,82(±0,58)	0,705
Sensibilidade - 4 meses	2,91(±0,33)	2,93(±0,37)	0,804
Sensibilidade - 6 meses	3,15(±0,39)	2,94(±0,49)	0,096
Sensibilidade - 9 meses	2,94(±0,43)	2,67(±0,47)	0,037*
Sensibilidade - 12 meses	3,13(±0,48)	2,89(±0,60)	0,118
Intrusividade – 2 meses	1,22(±0,23)	1,21(±0,29)	0,913
Intrusividade - 4 meses	1,17(±0,13)	1,18(±0,16)	0,850
Intrusividade - 6 meses	1,27(±0,26)	1,29(±0,23)	0,731
Intrusividade - 9 meses	1,25(±0,25)	1,26(±0,20)	0,944
Intrusividade - 12 meses	1,31(±0,27)	1,29(±0,29)	0,846
Limite – 2 meses	3,2(±0,81)	3,12(±0,71)	0,714
Limite - 4 meses	3,11(±0,34)	3,19(±0,59)	0,559
Limite - 6 meses	3,22(±0,60)	3,18(±0,63)	0,820
Limite - 9 meses	2,96(±0,55)	2,74(±0,53)	0,151
Limite - 12 meses	3,16(±0,74)	2,96(±0,60)	0,292
Envolvimento – 2 meses	2,48(±0,58)	2,59(±0,59)	0,511

(Continua)

(Conclusão)

Envolvimento – 4 meses	2,77(±0,34)	2,86(±0,34)	0,327
Envolvimento – 6 meses	3,07(±0,29)	2,87(±0,47)	0,086
Envolvimento – 9 meses	3,17(±0,36)	2,91(±0,43)	0,024*
Envolvimento – 12 meses	3,42(±0,40)	3,16(±0,46)	0,036*
Reciprocidade – 2 meses	2,74(±0,89)	2,85(±0,93)	0,657
Reciprocidade – 4 meses	3,23(±0,62)	3,02(±0,72)	0,264
Reciprocidade – 6 meses	3,47(±0,56)	3,04(±0,71)	0,023*
Reciprocidade – 9 meses	3,41(±0,66)	2,90(±0,71)	0,011*
Reciprocidade – 12 meses	3,48(±0,66)	3,07(±0,86)	0,063
Estados Negativos – 2 meses	1,4(±0,58)	1,43(±0,57)	0,839
Estados Negativos – 4 meses	1,25(±0,30)	1,26(±0,42)	0,899
Estados Negativos – 6 meses	1,07(±0,14)	1,33(±0,53)	0,022*
Estados Negativos – 9 meses	1,09(±0,31)	1,20(±0,36)	0,239
Estados Negativos – 12 meses	1,07(±0,17)	1,18(±0,38)	0,180
Withdraw – 2 meses	1,36(±0,66)	1,38(±0,74)	0,920
Withdraw – 4 meses	1,17(±0,37)	1,23(±0,51)	0,636
Withdraw – 6 meses	1,03(±0,08)	1,43(±0,71)	0,009*
Withdraw – 9 meses	1,08(±0,42)	1,16(±0,28)	0,462
Withdraw – 12 meses	1,06(±0,15)	1,16(±0,37)	0,238

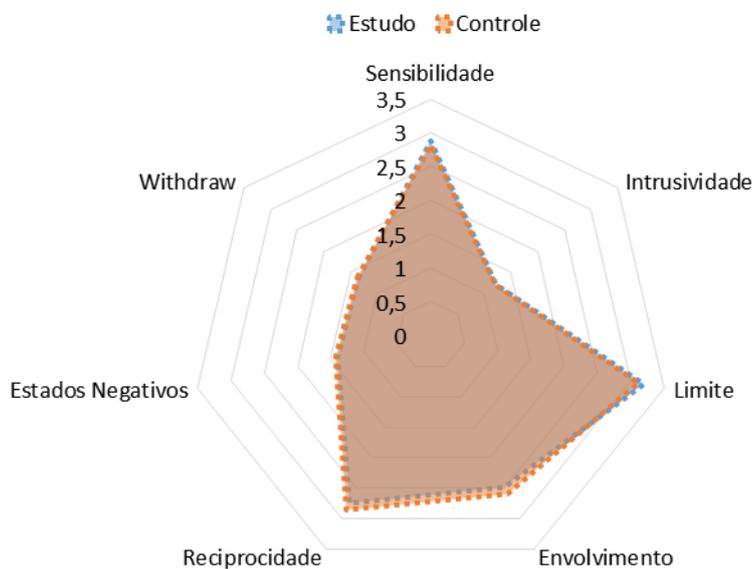
Média(±desvio padrão); *p-valor<0,05.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Nos Gráficos 17 a 21, estão os valores médios nos domínios agrupados para os dados da interação mãe-bebê entre os grupos estudo e controle aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses, respectivamente. O que se pode observar dos Gráficos é que aos 6, 9 e 12 meses houve diferença significativa de alguma variável entre os grupos, sendo três variáveis aos 6 meses (Reciprocidade, Estados Negativos e Withdraw), três aos 9 meses (Reciprocidade, Envolvimento e Sensibilidade) e uma aos 12 meses (Envolvimento).

Gráfico 17 - Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo nos domínios agrupados aos 2 meses

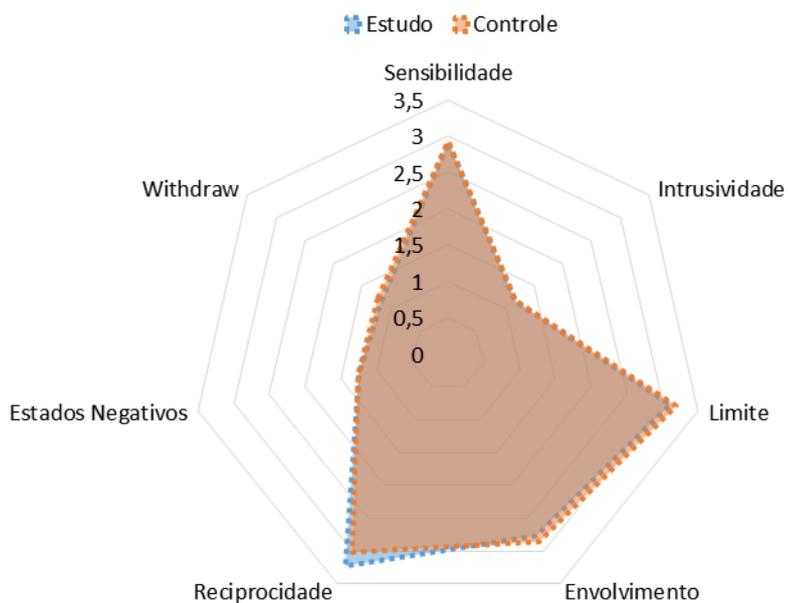
AGRUPADAS - 2 MESES



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

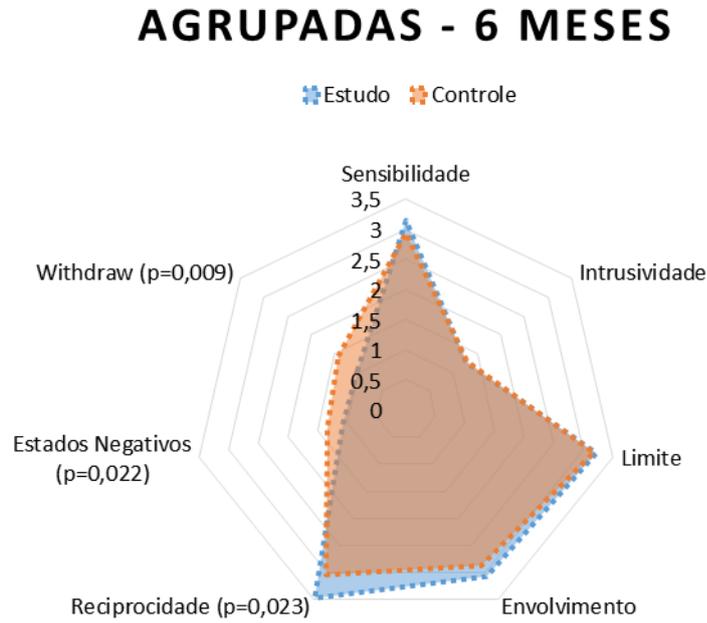
Gráfico 18 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo nos domínios agrupados aos 4 meses

AGRUPADAS - 4 MESES



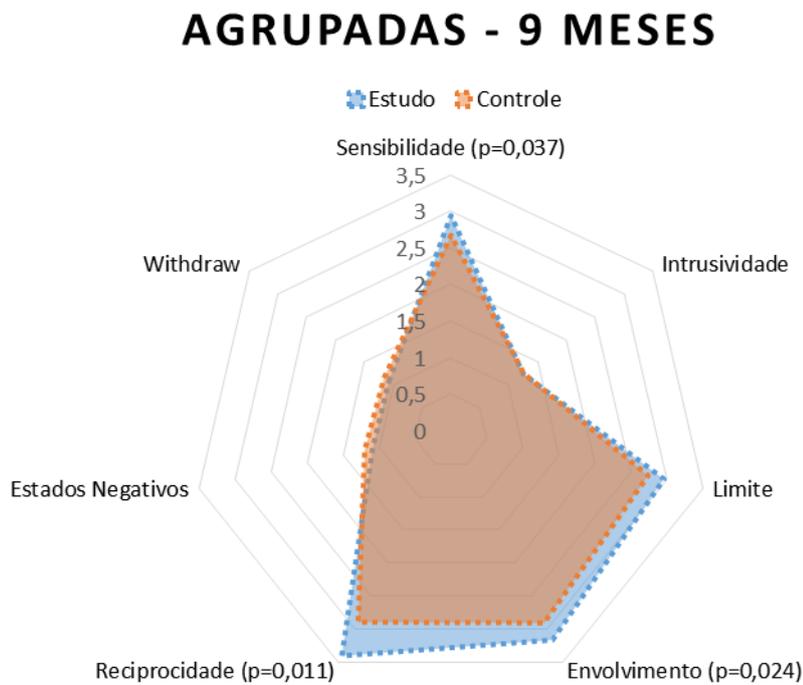
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Gráfico 19 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo nos domínios agrupados aos 6 meses



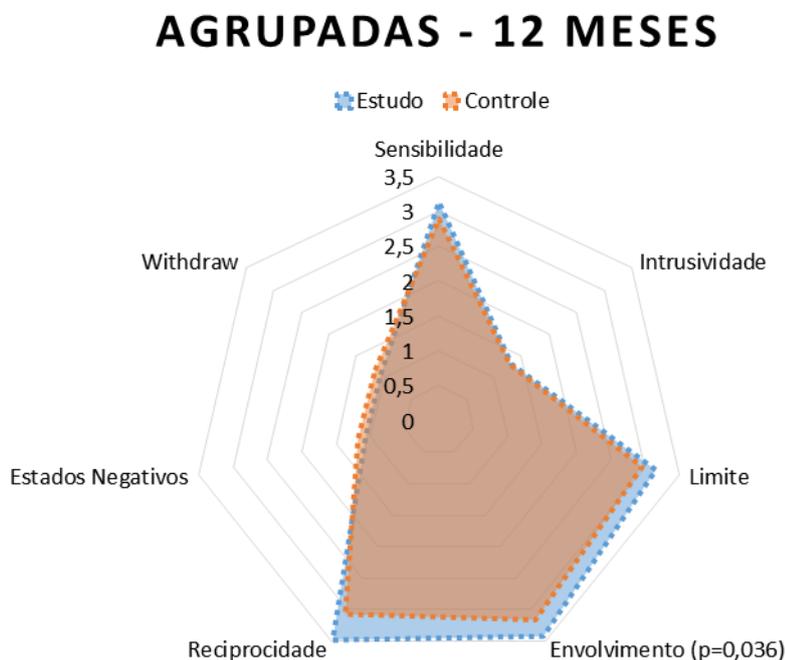
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Gráfico 20 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo nos domínios agrupados aos 9 meses



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Gráfico 21 – Interação mãe-bebê nos grupos controle e estudo nos domínios agrupados aos 12 meses



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Variáveis do recém-nascido e CCS

Na Tabela 8, estão representados os valores de média e desvio padrão entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis Intromissão, afeto, reconhecimento e CCS para os domínios Livre, Cantiga, Objeto e Agrupada. Não houve diferença significativa entre os grupos para essas variáveis analisadas.

Tabela 8 – Teste entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis Intromissão, Afeto e Reconhecimento aferidas nos recém-nascidos e CSS nos domínios Livre, Cantiga, Objeto e Agrupada

Variáveis	Estudo (n=25)	Controle (n=25)	p-valor
Idade	13,3(±12,1)	16,0(±10,5)	0,410
Intromissão¹	1,48(±0,77)	1,24(±0,52)	0,204
Afeto¹	4,04(±0,45)	3,84(±0,62)	0,202
Reconhecimento¹	3,88(±0,67)	3,76(±0,72)	0,545
CCS – 12 meses – Livre²	2,63(±0,48)	2,36(±0,64)	0,437
CCS – 12 meses – Cantiga²	2,65(±0,59)	2,33(±0,67)	0,381
CCS – 12 meses – Objeto²	2,69(±0,47)	2,35(±0,62)	0,138
CCS – 12 meses – Agrupada²	2,65(±0,47)	2,35(±0,62)	0,052

¹Teste t-student; ²MANOVA; Média(±desvio padrão).

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

DISCUSSÃO

A análise dos dados coletados com relação aos protocolos de desenvolvimento adotados comprova a aquisição das habilidades esperadas para cada faixa etária avaliada. Constatou-se que a aplicação dos protocolos de triagem e avaliação teve um efeito positivo para reforçar a importância das habilidades observadas e sua relevância para o desenvolvimento durante o primeiro ano de vida. Os bebês dos grupos estudo e controle, analisados neste banco de dados, revelaram adequação de todas as habilidades conforme os critérios de inclusão do presente estudo.

Os bebês foram avaliados nas seguintes idades: recém-nascido, com dois, quatro, seis, nove e doze meses de idade. Todos os encontros com as díades mãe-bebê seguiram as datas pré-determinadas de acompanhamento longitudinal do desenvolvimento da linguagem, de acordo com a *Triagem Auditiva em Bebês de 2 a 12 Meses*²¹ e o *Teste de Triagem de Desenvolvimento Denver II (TTDD II)*.^{23,24}

Para o acompanhamento da díade mãe-bebê no pós-parto, este estudo utilizou a versão do *Coding Interactive Behavior – Newborn (CIB para recém-nascidos)* que são Escalas de Codificação Micro-Analítica (microanálise) para os adultos e bebês (de zero a três meses) em interação. Esta escala foi baseada na Escala Neonatal de Avaliação do Comportamento - ENAC (Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) de Brazelton.⁷⁸ Nesta versão para recém-nascido, a maior parte das variáveis são categóricas. Consiste em nove escalas; cinco são escalas parentais, três são escalas infantis e uma aborda o posicionamento entre pais e filhos. Compreende várias informações da díade mãe-bebê em interação, como a direção do olhar da mãe, o afeto da mãe, vocalização da mãe, toque da mãe, posição do bebê no colo da mãe, prontidão do bebê, afeto do bebê, vocalização do bebê e escalas parentais que são variáveis numéricas (Intromissão, Afeto e Reconhecimento). As escalas abordam as alterações que ocorrem a cada 10 segundos de interação. A codificação é concluída após a observação da sessão inteira. O observador faz uma pausa no vídeo a cada 10 segundos e para cada escala escolhe o código comportamental apropriado que representa o que ocorreu no referido intervalo.³¹ O CIB para recém-nascidos também inclui três esquemas de classificação global. As escalas abordam a natureza global e o fluxo da sessão, o envolvimento interativo e o estilo individual do pai. A codificação global é concluída depois de observar a sessão inteira e reflete o julgamento do observador em relação aos níveis de comportamentos específicos, a

natureza dos estados afetivos / atenciosos e a reciprocidade e adaptação entre os parceiros de interação.³¹

Nesta fase, o CIB tem um esquema de codificação em micro nível (microanálise) único que utiliza uma abordagem de amostragem de tempo para avaliar comportamentos parentais típicos da mãe no período pós-parto, incluindo diferentes formas de toque afetivo e funcional, tipos de vocalizações (“manhês”), expressões afetivas e direção do olhar, bem como o estado e o olhar do bebê. Das escalas de classificação típicas do CIB, as únicas aplicáveis a essa idade são a adaptação materna, a intromissão materna, o afeto positivo materno e o estado de alerta do bebê.

Nesta fase, o CIB tem um esquema de codificação em micro nível (microanálise) único que utiliza uma abordagem de amostragem de tempo para avaliar comportamentos parentais típicos da mãe no período pós-parto, incluindo diferentes formas de toque afetivo e funcional, tipos de vocalizações (“manhês”), expressões afetivas e direção do olhar, bem como o estado e o olhar do bebê. Das escalas de classificação típicas do CIB, as únicas aplicáveis a essa idade são a adaptação materna, a intromissão materna, o afeto positivo materno e o estado de alerta do bebê.

De acordo com as análises de todas as variáveis isoladas e agrupadas não houve diferença significativa entre os grupos estudo e controle. Constatou-se que para os itens (Intromissão, Afeto e Reconhecimento) observados quanto a Escala Parental Global não houve diferença significativa entre os grupos estudo e controle. (Tabela 8).

As mães de uma forma geral foram menos intrusivas/Intromissão (1,48 - 1,24 valores próximos de 1,0), mais afetuosas/Afeto Positivo (4,04 – 3,84 valores \geq 4,0) e sensíveis/Reconhecimento (3,88 – 3,76 valores $>$ 3,0) aos sinais comunicativos de seus bebês.

As variáveis categóricas apresentaram resultados muito próximos entre os grupos. Com relação às **Escalas Parentais** como a **direção do olhar das mães** foi observado que predominantemente o olhar foi direcionado para a **face do bebê**. **Vinte e cinco** mães do grupo controle olharam a maior parte do tempo para a face do bebê em comparação com **vinte e uma** mães do grupo estudo. Somente **três** mães do grupo estudo olharam a maior parte do tempo para o ambiente e **uma** mãe do grupo estudo olhou predominantemente para o corpo do bebê. Para este item havia seis opções: face do bebê, corpo do bebê, ambiente, para algum objeto, para outro adulto e olhar “perdido”.

O **afeto das mães** predominantemente foi **positivo**, com quatro opções: positivo, neutro, negativo e não codificável. **Vinte e quatro** mães do grupo controle demonstraram

afeto positivo na interação com o bebê em comparação com **vinte e cinco** mães do grupo estudo e somente **uma** mãe do grupo controle demonstrou afeto classificado como neutro.

Quanto à **vocalização das mães**, as opções eram a fala direcionada ao bebê (“Manhês”); fala direcionada ao adulto; cantando; assobiando; outros; e sem vocalização. O tipo de vocalização materna predominantemente foi o **“manhês”**. **Dezesseis** mães do grupo controle falaram em “manhês” com seus bebês em comparação com **quinze** mães do grupo estudo. **Oito** mães do grupo controle utilizaram a fala direcionada ao adulto para conversarem com o bebê, em comparação com **nove** mães do grupo estudo. **Uma** mãe do grupo estudo permaneceu em silêncio todo o tempo e **uma** mãe do grupo estudo cantou para o seu bebê a maior parte do tempo.

Com relação ao **toque das mães** houve maior variação entre as opções como o toque carinhoso, toque nas extremidades, manipulação, toque proprioceptivo, balanço, toque funcional, toque de objeto, toque estimulante, toque passivo, sem toque e toque indisponível. Constatou-se que **quatro** mães do grupo controle apresentaram predominantemente o toque carinhoso em comparação com **duas** mães do grupo estudo. **Três** mães do grupo controle apresentaram predominantemente o toque em extremidades, em comparação com **seis** mães do grupo estudo. **Seis** mães do grupo controle apresentaram toque proprioceptivo, em comparação com **oito** mães do grupo estudo. **Cinco** mães do grupo controle a maior parte do tempo balançaram seus bebês no colo, em comparação com **três** mães do grupo estudo. **Oito** mães do grupo controle tocaram seus bebês com o toque estimulante a maior parte do tempo, em comparação com **três** mães do grupo estudo e somente **uma** mãe do grupo estudo tocou seu bebê predominantemente com o toque funcional.

A maneira de a **mãe segurar o seu bebê** possui algumas opções, tais como: mãe embala o bebê em suas mãos; segura em seus ombros; mãe levanta o bebê no ar; bebê sentado no colo; mãe não segurando o bebê (bebê em uma cadeirinha) e posição desconfortável. Foi possível constatar que **dez** mães do grupo controle seguraram predominantemente seus bebês embalando-os nas mãos, em comparação com **quinze** mães do grupo estudo. **Doze** mães do grupo controle seguraram seus bebês no colo, em comparação com **onze** mães do grupo estudo e somente **duas** mães do grupo estudo seguraram seus bebês a maior parte do tempo com as mãos suspensas no ar.

As **escalas do bebê** compreendem sua prontidão, vocalização e afeto. Com relação à **prontidão**, **oito** bebês do grupo controle predominantemente olharam para o rosto da mãe, em comparação com **quatro** bebês do grupo estudo, **dez** bebês estavam com sono e ou cansados do grupo controle em comparação com **onze** do grupo estudo; **oito** bebês do grupo controle

dormiram a maior parte do tempo em comparação com **cinco** bebês do grupo estudo; e somente **quatro** bebês do grupo estudo olharam com maior frequência para o ambiente e um bebê do grupo estudo não foi possível identificar o direcionamento do seu olhar.

Quanto ao **afeto do bebê** em relação à mãe, observou-se que **dez** bebês do grupo controle apresentaram afeto positivo, em comparação a **treze** bebês do grupo estudo. **Dez** bebês do grupo controle apresentaram afeto classificado como neutro, em comparação com **doze** bebês do grupo estudo. Somente **três** bebês do grupo controle apresentaram afeto descodificável e **dois** bebês do grupo controle apresentaram afeto negativo.

Quanto à **vocalização do bebê**, constatou-se que **dezesseis** bebês do grupo controle permaneceram em silêncio a maior parte do tempo, em relação a **vinte** bebês do grupo estudo. **Seis** bebês do grupo controle choraram a maior parte do tempo, em relação a **três** bebês do grupo estudo. **Três** bebês do grupo controle vocalizaram, em relação a **um** bebê do grupo estudo.

Portanto, com relação à análise estatística de todas as variáveis observadas durante o momento de interação livre da díade mãe-bebê recém-nascido, não houve nenhuma diferença significativa entre os grupos estudo e controle.

Nos encontros com as díades, nesta fase do recém-nascido, grande parte das mães demonstravam-se encantadas. Foi um momento, muitas vezes, marcado por sentimentos de admiração, proteção e preocupação. Ficou evidente o quanto se sentiam motivadas a exibirem seus bebês durante as filmagens do momento de interação.

Por meio das análises deste momento de interação da díade mãe-bebê foi possível observar que durante o manhês muitos recém-nascidos tentavam abrir os olhos, direcionavam o olhar para a face e olhos da mãe, faziam a expressão de um sorriso, movimentavam os membros como as mãos e os pés. Nestas situações as mães manifestavam muita satisfação e contentamento.

Constatou-se também que muitas mães interpretavam as reações do bebê como uma resposta ao conteúdo do que era falado por ela e transmitido ao bebê, como um diálogo e reciprocidade.

Frequentemente foi possível verificar que o olhar fixo do bebê direcionado aos olhos da mãe, seus gestos e movimentos, provocavam um aumento do tempo de vocalização da mãe. Também se constatou a interferência em seu estado de humor, afetividade e qualidade da vocalização “manhês”. As reações do bebê, principalmente seu olhar e sorrisos, eram reconhecidos pela mãe como sinais comunicativos, mesmo que sutis ou por pouco tempo, já

que sua prontidão, seu estado de alerta respeita o ciclo sono/vigília do bebê, que se caracteriza nesta fase por intervalos curtos de vigília.

De acordo com Brazelton e Cramer⁵⁸ mãe e bebê são sensíveis aos sinais um do outro e respondem a eles. No caso da mãe, pode-se inclusive verificar a atribuição de significados de acordo com os contextos de troca e de seu conhecimento do bebê. Esse processo de atribuição de significado é mediado pelas representações da mãe acerca do mundo, de um modelo geral de infância e, ainda, de um conjunto de representações e expectativas do bebê e de seu desenvolvimento. É no processo de interação e na negociação de significações nele envolvida que se desenvolvem esses meios de comunicação, de fazer sentido um para o outro. O sistema de comunicação que se estabelece entre a mãe e o bebê, e que possibilita trocas interacionais entre eles, sofre transformações intimamente ligadas ao próprio desenvolvimento do bebê.⁵⁸

Trevarthen e Delafield-Butt⁵⁹ reforçam que o recém-nascido é intuitivamente sociável, busca relações afetivas com companheiros dispostos a compartilhar o prazer e a aventura de fazer e conhecer com "senso humano". Esclarecem que pesquisas recentes confirmam sinais dos impulsos e sentimentos da criança desde antes do nascimento. O sincronismo sensível dos ritmos na ação e na invenção lúdica mostra os avanços da vitalidade criativa relacionados à idade à medida que o corpo e o cérebro crescem.⁵⁹

Trevarthen e Hubley⁶⁰ já diziam que os recém-nascidos possuem uma motivação básica para se relacionar com pessoas. Durante esta fase os bebês estão sintonizados socialmente. Smotherman e Robinson⁶¹ também destacam que no período logo após o nascimento pode-se claramente observar interações entre bebês e seus cuidadores.

O reconhecimento da competência do recém-nascido, quanto à sua capacidade de percepção, imitação e comunicação, ou seja, de sua pré-adaptação para iniciar o conhecimento do meio no qual está inserido, em termos físicos e sociais, evidencia o papel ativo do bebê no mundo e nas relações diádicas.⁶²

De acordo com Brazelton e Cramer,⁵⁸ as mães conseguem reconhecer a forma peculiar de comunicação dos bebês, ajustando seu comportamento a esses aspectos. Elas podem reconhecer as necessidades, preferências e limites do bebê. Assim tanto a criança age sobre sua mãe através de olhares e mímicas, quanto a mãe age sobre ele por meio de sua fala e movimentação.⁶³

Bornstein (1995)⁶⁴ esclarece que as interações da díade mãe-bebê gradativamente vão se transformando com a inclusão de elementos do contexto trazidos pela mãe, a partir de pistas do bebê ou de seu próprio interesse, configurando um "domínio didático".

Ribas⁶⁵ explica que para caracterizar as interações mãe-bebê, dois elementos parecem fundamentais: a reciprocidade e a comunicação. A reciprocidade está presente desde fases iniciais do desenvolvimento do bebê. Argumenta-se que a interação exige que os parceiros respondam aos comportamentos um do outro e que seja, sobretudo, sustentada por ambos. Além da reciprocidade, é preciso considerar, segundo Ribas⁶⁵, que ocorre algum nível de comunicação entre a mãe e o bebê. Essa comunicação pode se dar de diferentes formas: através do contato olho a olho, sorrisos, vocalizações, posturas, gestos, expressões faciais, tom de voz, aproximação e afastamento corporal, brincadeiras e do choro. Mãe e bebê são sensíveis aos sinais um do outro e respondem a eles.

Assim Trevarthen⁶⁶ observou que os recém-nascidos saudáveis em situações de interação tendem a responder com expressões e comportamentos e seus parceiros por sua vez tendem a atribuir significado a estes sinais produzidos pelo bebê em termos de intenções e sentimentos. Esta reciprocidade comunicativa que os adultos com os quais o bebê interage são capazes de fazer referência direta à existência de uma vida pessoal subjetiva em períodos precoces do desenvolvimento infantil.

Trevarthen⁶⁶ vai além quando constata por meio de evidências de pesquisas sobre o cérebro e de suas análises de vários estudos de vídeos de interação mãe-bebê que os recém-nascidos são dotados de um sistema cerebral que os capacita a apresentar sintonia responsiva em engajamentos regulados emocionalmente com outros. Esta capacidade inata para estabelecer engajamentos diádicos precoces foi por ele denominada de “intersubjetividade primária”.

A existência de uma intersubjetividade precoce compreende a ideia de que existe uma intencionalidade coerente e consciência ativa na criança desde o seu nascimento. O bebê então já nasce com uma capacidade socioemocional primária de participar afetivamente de engajamentos sociais recíprocos e de aprender através deles. Trevarthen⁶⁶ esclarece que é necessária a participação de duas habilidades para que os bebês possam compartilhar estados mentais com outros parceiros. A capacidade do bebê de mostrar sinais, mesmo que sutis, de consciência e intencionalidade, denominada subjetividade e segunda habilidade envolve a necessidade dos bebês serem capazes de adaptar ou ajustar suas subjetividades as subjetividades de outros, demonstrando intersubjetividade.

Portanto, Trevarthen⁶⁶ compreende a intersubjetividade como envolvendo o reconhecimento e a coordenação de intenções presentes nas comunicações mãe-bebê. Para isto, seria necessária a ocorrência simultânea de duas atividades: a adoção de um foco compartilhado de atenção por ambos os parceiros, e uma concordância quanto à natureza da

comunicação. Durante o período pré-linguístico de vida do bebê, a atividade de compartilhar dá-se de maneira inerente ao contexto de expressões afetivas das interações diádicas (intersubjetividade primária). Com isso, a intersubjetividade é vivida em termos de afetos presentes nas interações. Levar em conta tais atividades implica um reposicionamento sobre o modo de conceber a linguagem como única fonte para uma comunicação social.

Nesta direção, compreende-se que o bebê é capaz de estabelecer uma relação dialógica bem anterior a qualquer expressão oral via língua e paradoxalmente ela se concretiza na relação comunicativa ao longo do tempo nos diversos níveis do ambiente físico e cultural-simbólico que circunda o bebê.

O “contexto” de interação livre, preparado e disponibilizado à díade mãe-bebê recém-nascido permitiu registrar um momento de maior aproximação entre eles. A análise da observação deste momento de interação favoreceu a demonstração de afeto, sensibilidade e reconhecimento aos sinais sutis de comunicação de seus bebês, pela maior parte das mães comprometidas com este propósito implícito de interação. O tipo de vocalização materna predominantemente foi o “manhês”. Dezesseis mães do grupo controle e quinze mães do grupo estudo falaram em “manhês” com seus bebês. Os bebês durante o manhês reagiram com maior tempo de permanência do olhar direcionado a face e olhos de sua mãe, sorriso, movimento das mãos e pés. Assim estes dados vão ao encontro da literatura e reforçam que o bebê possui a capacidade de mostrar sinais sutis de intencionalidade e são capazes de se adaptarem a intencionalidade dos outros.

A interação da díade mãe-bebê com **dois meses de idade**, de acordo com a análise da versão do *Coding Interactive Behavior* (CIB) para esta faixa etária, não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudo e controle.

Na análise de cada variável isoladamente, verificou-se diferença significativa para o item “Forçando (Manipulação física)” com $p=0,0290588$ menor que 0,05 e $t= - 2.254407$ negativo, portanto este item foi observado com maior frequência nas interações do grupo estudo, ou seja, as mães do grupo estudo durante a interação mediada pela cantiga apresentaram maior frequência de manipulação física. Esta variável pertence ao domínio “Intrusividade”. Revela o quanto a mãe durante a interação tocou seu bebê para direcioná-lo ou mudá-lo de posição. No entanto, para o tipo de instrumento de análise utilizado “CIB” recomenda-se preferencialmente as análises de todas as variáveis agrupadas para se chegar à qualidade dos domínios, considerando que cada domínio possui várias variáveis que devem ser pontuadas após a observação da cena inteira de interação da díade mãe-bebê. Assim,

como a significância foi verificada em apenas uma variável, não se pode dizer a respeito da intensidade ou presença do domínio “intrusividade” na interação das díades do grupo estudo.

Var: C01

Media(sd) estudo: 1.96 (0.8406347)

Media(sd) controle: 1.48 (0.6531973)

p= 0.0290588 t= -2.254407

*****Diferença significativa.

Na situação interativa em que era solicitado à mãe cantar a cantiga “parabéns a você” foi possível observar que algumas mães seguravam com maior frequência as mãos do bebê para realizar o gesto de bater palmas, centralizavam a cabeça do bebê para que ele pudesse ficar mais atento aos seus gestos, erguia o bebê na cadeirinha, principalmente quando ele ficava mais agitado e escorregava.

Alguns bebês desde os dois meses de idade, diante das palmas da mãe, movimentavam suas próprias mãos, frequentemente um movimento de batida em suas próprias perninhas, dando a impressão de um tipo de palma mais condizente com suas condições motoras nesta faixa etária. Como explica Piaget⁶⁷: “[...] na aprendizagem da apreensão, a criança passa a ser capaz de coordenar os movimentos de suas mãos com os da sua visão, ela adquire, ao mesmo tempo, o poder de imitar certos movimentos das mãos de outrem, por assimilação destas às suas”.

Trevarthen⁶⁶ realizou análises minuciosas de registros em vídeo de díades mãe-bebê e observou que bebês recém-nascidos apresentavam comportamentos coerentes, manifestando movimentos expressivos de boca, mãos e olhos com ritmos específicos e em sintonia à fala materna. Tais análises contribuíram para que este autor argumentasse sobre a existência de uma ritmicidade intrínseca essencial na intercoordenação destas “protoconversações”. Ao invés de apenas constituírem respostas comportamentais aparentemente reflexas, as atividades de olhar mútuo e sorriso passaram a ser vistas como características deste processo, ao serem utilizadas para regular o contato interpessoal. Desta forma, já seria possível observar indícios de uma comunicação entre estes parceiros desde períodos precoces da vida do bebê.⁶⁶

Aos dois meses constatou-se que alguns bebês já respondiam ativamente as iniciativas de troca interativa da mãe, principalmente por meio do direcionamento e permanência do olhar para a face e olhos da mãe, sorrisos e vocalizações; já outros bebês evitavam

sistematicamente a troca de olhar, chegavam a permanecer com a cabeça virada para o lado como um gesto de recusa, fuga ou afastamento. Nestas situações a mãe insistia bastante, chegava a centralizar sua cabeça, erguê-lo diante de seus olhos, mas mesmo assim, permaneciam desviando o olhar ou mantendo a cabeça virada para um dos lados.

Crespin⁶⁸ esclarece que os médicos ficam atentos à questão da fixação do olhar no recém-nascido, eles consideram um sinal importante de desenvolvimento inclusive testam aos quatro meses de idade o acompanhamento ocular, no exame pediátrico, no entanto, não é só a questão puramente maturativa da coordenação visomotora que tem importância, mas também a dimensão relacional da capacidade de olhar, quer dizer, da capacidade de se servir da visão como uma ferramenta de comunicação.

Após um tempo, que pode variar muito de um bebê a outro, a que chamamos tempo de vacilação do olhar, (que é bem interessante de se observar), se instala o que parece ser o sinal positivo de desenvolvimento do registro especular: é o direcionamento do olhar, resultando no diálogo olho a olho. Isto é, o olhar como função psíquica, suporte da comunicação e da relação com o Outro. Por esse motivo, o olhar mantém com a visão – por não ser cego – a mesma relação de enodamento que o objeto oral mantém com o alimento. O tempo de vacilação do olhar, que pode ir de algumas horas até alguns meses em um bebê que enxerga normalmente, prova que o olhar não é a visão.⁶⁸

Alguns autores⁶⁹ observaram que o tom de conversação utilizado pela mãe também parece modificar-se ao longo do tempo. Destacam o uso de um tipo de conversação especial dirigida aos bebês, que tem uma entonação especial e apresenta simplificação semântica e sintática denominado como “motherese”, o “manhês”. Bornstein e Tamis-LeMonda⁷⁰ observaram que quando as mães lidam com bebês aos dois meses de idade falam mais em “motherese” ou “manhês”. Já aos cinco meses de idade do bebê modificam sua forma de falar, reduzindo o uso do tom infantil e aumentando o uso do tom de conversação adulto.

As constatações do presente estudo reforçam a compreensão da natureza e das transformações das interações iniciais e contribui para a ideia da adaptação recíproca da díade mãe-bebê.

Portanto aos dois meses de idade do bebê as interações das díades dos dois grupos estudo e controle caracterizaram-se por apresentarem a partir do resultado das análises a frequência de moderada a alta de itens que atribuem valores positivos à qualidade das interações.

Aos **quatro meses de idade** não foi encontrada nenhuma diferença significativa entre os grupos. Tanto na análise das variáveis isoladas quanto na análise das variáveis agrupadas.

A interação da díade mãe-bebê com quatro meses de idade também foi observada e analisada em três diferentes situações. Situação livre (apenas com o discurso materno), mediada por um objeto/brinquedo e com a cantiga cantada pela mãe (“parabéns a você”). Nesta faixa etária são analisados sete domínios: **Sensibilidade da Mãe** (com doze variáveis); **Intrusividade da Mãe** (com cinco variáveis); **Ajuste Limite da Mãe** (com uma variável); **Envolvimento do Bebê** (com seis variáveis); **Retirada/Afastamento do Bebê** (com duas variáveis); **Reciprocidade da Díade** (com três variáveis) e **Estados Negativos da Díade** (com duas variáveis). A análise de todas as variáveis agrupadas para se obter a qualidade de cada domínio e a análise com as situações agrupadas (livre+objeto+cantiga) constataram que a qualidade das interações nos dois grupos observados apresentaram desempenhos com valores muito próximos.

Com relação aos **construtos parentais**, as mães obtiveram pontuações muito próximas, ou seja, a média da frequência dos itens que revelam a qualidade da interação com relação ao domínio **Sensibilidade** da mãe foi 2,91 para o grupo estudo e 2,93 para o grupo controle, com $p=0,804$ (Tabela 7), ou seja, entre 1 que representa “pouco ou ausência”, 3 que representa uma “frequência moderada” e 5 que representa “muito”, as mães obtiveram uma pontuação média próxima de 3 ($>2,9$). Quanto ao construto **Intrusividade**, as mães foram pouco invasivas com pontuações próximas de 1 = “pouco ou ausente”, ou seja, os itens que revelam a frequência de comportamentos intrusivos das mães durante a interação foram 1,17 para o grupo estudo e 1,18 para o grupo controle. O construto **Ajuste Limite** nesta etapa é observado por meio de um item (Consistência de estilo) as mães tiveram a média da nota igual a 3,11 para o grupo estudo e 3,19 para o grupo controle, ou seja, as mães apresentaram um comportamento estável, sem oscilações de estilo com a pontuação média da frequência deste construto de moderada a alta (>3).

Com relação aos **construtos do bebê**, os dois grupos estudo e controle também obtiveram pontuações muito próximas. Quanto ao construto **Envolvimento**, o grupo estudo apresentou pontuação média de 2,77 e o grupo controle de 2,86, ou seja, a qualidade da interação com relação ao envolvimento do bebê foi moderada ($>2,5$), próxima de 3. Quanto ao construto **Retirada**, o grupo estudo obteve uma pontuação média da frequência deste domínio de 1,17 e o grupo controle de 1,23, ou seja, os bebês dos dois grupos apresentaram ausência ou pouca presença de comportamentos de fuga, afastamento ou recusa durante a interação (Tabela 7).

Quanto aos **construtos da díade** como a **Reciprocidade**, o grupo estudo obteve média de 3,23 e o grupo controle de 3,02, ou seja, a qualidade da interação com relação à

reciprocidade da díade foi moderada (>3). Quanto ao construto **Estados Negativos**, a pontuação média da frequência deste domínio foi de 1,25 para o grupo estudo e de 1,26 para o grupo controle, ou seja, as díades dos dois grupos apresentaram ausência ou poucos (valores próximos de 1) comportamentos como expressividade pobre, falta de entusiasmo, interação restrita, tensa e fraca.

Nesta etapa observou-se que alguns bebês que apresentaram com 2 meses pontuações mais altas para a frequência das variáveis “retirada/fuga/afastamento” e “bebê evita a mãe”, neste momento apresentaram maior envolvimento durante as situações de interação. O envolvimento do bebê durante a interação é observado por meio de algumas variáveis como, direcionamento do olhar/atenção conjunta, vocalização, manifestação de afeto com a mãe, estado de alerta, afeto positivo, iniciativa do bebê e presença de fadiga. Portanto apresentaram maior tempo de permanência do olhar direcionado a face e olhos da mãe durante as situações de interação livre e com a cantiga. Apresentaram maior presença de atenção compartilhada durante a interação mediada pelo objeto. Houve maior quantidade de vocalizações, imitação e expressão de afeto dirigido à mãe, como sorrisos, movimentos corporais voltados à mãe, como aproximar o pezinho, abrir os braços e erguer o tronco oferecendo-se à mãe para ser levado ao colo.

Observou-se na situação interativa mediada pelo objeto que os bebês com desenvolvimento típico aos quatro meses de idade conseguiam apreender com as próprias mãos o brinquedo disponibilizado (“cachorrinho”). Nesta faixa etária já é esperada esta habilidade motora fina, assim ficavam interessadíssimos, aflitos em apanhar o brinquedo e levá-lo à boca e muitos ficavam ansiosos e irritados quando eram impedidos pela mãe. Nesta etapa do desenvolvimento todos os bebês manifestavam prazer em morder vigorosamente o “cachorrinho”, provavelmente por ser macio e devido à fase de erupção dentária os bebês gostam de massagear suas gengivas mordendo objetos. Neste momento algumas mães os repreendiam de uma forma lúdica, como: “-coitadinho do au au, vc está mordendo o au au? Ele vai chorar...que dó”.

Nesta situação verifica-se no discurso da mãe a intenção espontânea de “criar” uma situação lúdica introduzindo o simbólico a partir de uma ação do bebê. Piaget⁶⁷ em *A formação do símbolo na criança* explica:

Mas a imitação constitui apenas uma das fontes da representação, à qual fornece, essencialmente, seus “significantes” imaginados. No outro extremo, e do ponto de vista das significações, sobretudo, pode-se considerar o jogo, ou atividade lúdica, como conduzindo igualmente da ação à representação, na medida em que evolui da sua forma inicial de exercício sensório-motor para a sua segunda forma de jogo

simbólico ou jogo da imaginação. É mesmo no terreno da evolução do jogo que os processos assimiladores característicos do início da representação individual se revestem, sem dúvida, de sua mais evidente forma.⁶⁷

O bebê desde o seu nascimento é um ser ativo e social. Assim sendo ele necessita não só de cuidados de alimentação, higiene, mas que estabeleça também os vínculos afetivos e que a ludicidade faça parte da vida da criança desde muito cedo, isto inclui o brincar com o corpo e brinquedos. Assim o bebê inicia uma busca ativa dos objetos, intensificando-se cada vez mais, e por isso os brinquedos ajudam nessa busca constante do desenvolvimento.²⁵

O desenvolvimento motor do bebê de quatro a seis meses lhe garante um maior domínio sobre seu corpo e assim consegue perceber melhor os elementos de seu ambiente, portanto, as noções espaciais e temporais se configuram por meio dos sentidos em conjunto com experiências concretas do cotidiano, pois através do brincar a criança desenvolve sua criatividade, estabelece vínculos e princípios de relacionamento social e aprimora as suas habilidades motoras.⁷¹

A partir dos **seis meses de idade constatou-se diferença significativa em várias variáveis isoladas** e em diferentes situações interativas, como enunciadas: “presença de suporte da mãe” (livre), “Olhar do bebê” (Livre, objeto e Cantiga), “afeto positivo do bebê” (Livre, objeto e Cantiga), “fadiga do bebê” (Cantiga), “emocionalidade negativa do bebê” (Livre, Objeto e Cantiga), “retirada do bebê” (Livre, Objeto e Cantiga), “reciprocidade diádica” (Livre, Objeto e Cantiga), “fluência diádica” (Objeto), “construção diádica” (Livre e Cantiga), “interação direcionada pelo bebê” (Objeto) , sendo que o grupo estudo obteve pontuação maior com relação às frequências das variáveis que atribuem melhor qualidade à interação e obtiveram pontuações menores com relação às frequências de variáveis consideradas características interativas negativas.

Na análise das **variáveis agrupadas** que conferem a qualidade da interação com relação aos domínios **constatou-se diferença estatisticamente significativa nos domínios Envolvimento do bebê** nas três situações diferentes (Livre, Objeto e Cantiga); **Reciprocidade diádica** nas situações Livre e Objeto; **Estados Negativos da Díade** em situação Livre e Cantiga e **Retirada/Afastamento do bebê** na situação Objeto.

Os bebês do grupo estudo apresentaram maior **Envolvimento** nas três situações de interação com relação ao grupo controle. A **Reciprocidade** das díades do grupo estudo foi considerada significativamente maior com relação ao grupo controle. Os **Estados Negativos** diádicos do grupo controle foi maior com relação ao grupo estudo e o domínio

Retirada/Afastamento dos bebês do grupo controle foi significativamente maior com relação ao grupo estudo.

Com relação às análises das situações agrupadas (Livre+Objeto+Cantiga) houve diferença significativa entre os grupos nos domínios **Reciprocidade Diádica**, **Estados Negativos** e **Retirada/Afastamento do Bebê**, sendo que o grupo estudo apresentou maior pontuação com relação ao domínio Reciprocidade e menores pontuações com relação aos domínios Estados Negativos e Retirada do bebê.

Portanto, a qualidade da interação das díades mãe-bebê do grupo estudo aos seis meses de idade foi significativamente melhor com relação ao grupo controle.

O resultado de todas as análises (variáveis isoladas, variáveis agrupadas e situações agrupadas) revelaram que as interações mãe-bebê pertencentes ao **grupo estudo** apresentaram maiores pontuações das variáveis e domínios (Envolvimento do Bebê e Reciprocidade Diádica) que conferem características positivas e conseqüentemente melhor qualidade à interação diádica. Desta forma, acredita-se que o fator que diferenciou os grupos esteja relacionado com a qualidade das interações díadicas mãe-bebê. Este achado sugere algumas considerações como a possibilidade do quadro clínico do bebê ter potencializado características positivas na relação da díade que se evidenciaram aos seis meses de idade do bebê.

Os domínios Estados Negativos Diádicos e Retirada/Afastamento do Bebê também apresentaram significância estatística entre os grupos, sendo que a maior frequência destes domínios foi atribuída ao **grupo controle**, assim as características interativas negativas são inversamente proporcionais à qualidade da interação diádica do grupo estudo, ou seja, há uma forte correlação inversamente proporcional das características e domínios positivos com as características e domínios negativos. O fator que diferenciou os grupos intensificou a frequência dos domínios positivos e minimizou a frequência dos domínios negativos. Aos seis meses de idade do bebê estas características se sobressaíram. O Envolvimento do Bebê e a Reciprocidade Diádica são inversamente proporcionais ao Estado Negativo Diádico e a Retirada/Afastamento do Bebê.

A presença do diagnóstico gestacional, o estado emocional materno no pré-natal, o quadro clínico do bebê influenciou a qualidade da interação da díade mãe-bebê, evidenciando-se aos seis meses de idade, quando as características positivas e negativas se sobressaíram.

Aos seis meses a maior parte dos bebês reagia diante da própria imagem refletida no espelho. Muitos deles, aos quatro meses, já demonstravam interesse, olhavam-se atentamente e buscavam o olhar da mãe através da imagem no espelho, mas com seis meses a quantidade de bebês que se interessaram por suas imagens e a imagem da mãe no espelho foi mais

expressiva. Comunicavam-se com muito entusiasmo com a mãe, por meio da imagem refletida no espelho, aumentando consideravelmente a imitação entre eles e conseqüentemente a reciprocidade diádica.

O controle motor do bebê nesta etapa permite que já consigam sustentar o peso do corpo nas próprias pernas, portanto foi possível observar que alguns depois de um tempo que permaneciam sentados, apoiavam-se na cadeirinha e ficavam em pé para tentarem sair. Eles percebiam os desenhos no tecido do encosto da cadeirinha, sentiam-se atraídos pelo tapete e tentavam alcançá-lo sem medir esforços para conseguirem.

Observou-se aos seis meses de idade um aumento expressivo da vocalização dos bebês e conseqüentemente maior reciprocidade diádica inversamente proporcional à intensidade da interação conduzida pela mãe, ou seja, quanto maior o comportamento intrusivo da mãe (maior controle materno, quantidade de manipulação física, interação direcionada pela mãe), menor a reciprocidade diádica e a vocalização do bebê.

Observou-se também, que a “imitação materna” de um som ou ação do bebê, após o “reconhecimento” e/ou “elaboração da mãe”, incentivava a “reciprocidade diádica” e a “vocalização do bebê”, ou seja, nas análises foi possível constatar alta concordância entre estas variáveis quantificadas.

Na interação diádica mãe-bebê, quando a mãe permitia que o bebê se expressasse espontaneamente a frequência do item “iniciativa do bebê” aumentava consideravelmente, ou seja, sentia-se de certa forma encorajado e “autônomo”.

Durante a situação de interação “livre” houve uma diferença significativa entre os grupos com relação ao item “suporte das mães”, as mães do grupo estudo ofereceram maior suporte aos seus bebês, ou seja, prestaram maior auxílio, ofereceram mais ajuda. O “suporte das mães” é uma das doze variáveis que pertence ao domínio **Sensibilidade** das mães, no entanto as outras variáveis não apresentaram diferença significativa, portanto não houve impacto neste domínio.

O “olhar do bebê” e a “afetividade do bebê” são duas variáveis que fazem parte das seis variáveis que classificam o domínio **Envolvimento** do bebê, apresentaram diferença significativa entre os grupos, em todas as situações interativas. Os bebês do grupo estudo apresentaram maior tempo de “olhar direcionado à mãe” e maior “manifestação de afetividade”. Neste caso o grupo estudo apresentou maior significância com relação ao domínio **Envolvimento** do bebê.

Com relação ao item “fadiga do bebê”, que também pertence ao domínio **Envolvimento** do bebê, na interação mediada pela cantiga cantada pela mãe os bebês do grupo controle apresentaram maior nível de “fadiga” com relação ao grupo estudo.

Com relação aos itens “emocionalidade negativa do bebê” e “retirada ou afastamento do bebê”, o grupo controle apresentou em todas as situações interativas maior frequência destas variáveis configurando diferença significativa entre os grupos.

Os itens “reciprocidade diádica” em todas as situações interativas e “fluência diádica” na interação mediada pelo objeto apresentaram diferença significativa entre os grupos, sendo que o grupo estudo obteve maior frequência destes itens, ou seja, as interações das díades do grupo estudo revelaram maior “reciprocidade” e “fluência”, ou seja, interações com maior troca comunicativa e harmonia entre os parceiros.

Quanto ao item “construção” nas situações livre e mediada pela cantiga houve diferença significativa entre os grupos, o grupo controle apresentou maior pontuação, ou seja, as interações foram classificadas como mais restritas, com pouco entusiasmo com relação à expressividade emocional. Este item pertence ao domínio **Estados Negativos** da díade que apresentou diferença significativa entre os grupos, com pontuação maior para o grupo controle.

Portanto aos seis meses de idade do bebê as interações das díades apresentaram diferença significativa entre os grupos para os construtos ou domínios **Envolvimento** do Bebê nas três situações diferentes de interação (livre, objeto e cantiga); **Retirada/Afastamento** do Bebê na situação mediada pelo objeto; **Reciprocidade** da Díade em duas situações interativas (Livre e Objeto); **Estados Negativos** da Díade em duas situações (Livre e Cantiga); e com as situações agrupadas (Livre+Objeto+cantiga) houve diferença significativa entre os grupos em: **Retirada/Afastamento** do Bebê; **Reciprocidade** da Díade e **Estados Negativos** da Díade. As pontuações mais altas dos domínios que conferem melhor qualidade às interações foram atribuídas ao grupo estudo, enquanto que pontuações mais altas dos domínios que conferem características negativas às interações foram atribuídas ao grupo controle.

As interações das díades mãe-bebê começaram a apresentar diferenças significativas entre os grupos aos seis meses de idade dos bebês e estas diferenças caracterizam-se aos construtos relacionados ao comportamento do bebê (**Envolvimento e Retirada/Afastamento**) e a sintonia da díade (**Reciprocidade e Estados Negativos**). Durante as análises foi observado que estes domínios possuem alta concordância, uma vez que quando o envolvimento do bebê é maior aumenta também a reciprocidade da díade na interação.

Quando mais o bebê se “afasta/retirada”, “evita a mãe” maior é a “tensão” materna e “empobrecimento/construção” da interação.

Variáveis correlacionadas: L25 L43 0.8321892
 25: emocionalidade negativa – livre (Retirada) 43: tensão – livre (Estados negativos)

Variáveis correlacionadas: L26 L43 0.8675954
 Variáveis correlacionadas: O26 C26 0.8741595
 Variáveis correlacionadas: O26 L42 0.8505232
 26: retirada - livre (Retirada/Afastamento) 43: tensão - livre (Estados negativos)
 26: retirada - objeto (Retirada/Afastamento) 42: construção - livre (Estados Negativos)

Aos **nove meses de idade** verificaram-se diferenças significativas em várias variáveis isoladas e em diferentes situações interativas, como: “reconhecimento da mãe” (Livre, objeto e Cantiga), “elaboração da mãe” (Objeto e Cantiga), “experiência da mãe” (Objeto), “presença de suporte da mãe” (Livre, Objeto e Cantiga), “entusiasmo da mãe” (Objeto), “ansiedade da mãe” (Livre e Cantiga), “fluência diádica” (Objeto), “construção diádica” (Livre e Cantiga), “afeto positivo do bebê” (Livre e Cantiga), “afeto positivo do bebê com a mãe” (Livre e Cantiga), “iniciativa do bebê” (Livre e Objeto), “reciprocidade diádica” (Livre), “regulação/ adaptação” (livre, Objeto e Cantiga), “interação direcionada pelo bebê” (Objeto), sendo que o grupo estudo obteve pontuação maior com relação às frequências das variáveis que atribuem melhor qualidade à interação e obtiveram pontuações menores com relação às frequências de variáveis consideradas características interativas negativas.

Na análise das variáveis agrupadas que conferem a qualidade da interação com relação aos domínios/construtos constatou-se diferença estatisticamente significativa nos domínios **Envolvimento do Bebê** na situação (Livre) e **Reciprocidade Diádica** nas situações Objeto e Cantiga.

Os bebês do grupo estudo apresentaram maior **Envolvimento** na interação na situação de interação livre com relação grupo controle. A **Reciprocidade** da díade do grupo estudo nas situações de interação objeto e cantiga foram consideradas significativamente maiores com relação ao grupo controle.

Quanto às análises das situações agrupadas (Livre+Objeto+Cantiga) houve diferença significativa entre os grupos com relação aos domínios/construtos **Sensibilidade da Mãe**, **Envolvimento do Bebê** e **Retirada/Afastamento do Bebê**, sendo que o grupo estudo

apresentou maior pontuação com relação ao domínio **Sensibilidade** e **Envolvimento** e menor pontuação com relação ao domínio **Retirada/Afastamento**.

Portanto, a qualidade da interação das díades mãe-bebê do grupo estudo aos nove meses de idade, com relação aos domínios **Envolvimento** do Bebê (Livre), **Reciprocidade** Diádica (Objeto e Cantiga), **Sensibilidade** da Mãe (L+O+C) e **Envolvimento** do Bebê (L+O+C) foram significativamente melhores com relação ao grupo controle.

Com relação às análises das variáveis isoladas constatou-se que cinco dos treze itens pertencentes ao domínio **Sensibilidade** da Mãe apresentaram diferença significativa entre os grupos, sendo que a maior pontuação destes itens foi atribuída ao grupo estudo, mas não houve significância na análise dos itens agrupados, ou seja, que configura a intensidade do domínio **Sensibilidade** da Mãe na interação. A diferença significativa deste domínio, **Sensibilidade** da Mãe, aparece somente na análise das variáveis e situações agrupadas (Livre+Objeto+Cantiga).

Apenas o item “ansiedade” de seis pertencentes ao domínio **Intrusividade** da Mãe apresentou diferença significativa entre os grupos e o item “construção” de dois itens pertencentes ao domínio **Estados Negativos**, apresentou diferença significativa entre os grupos.

Nesta fase os bebês demonstraram um interesse muito grande em explorar o ambiente, engatinhavam para todos os lados, queriam mexer em tudo, nada passava despercebido, mexiam no ralo do chão, no tapete, nos móveis, abriam gavetas. Atraídos por tudo ficavam bravos quando às vezes eram impedidos pela mãe. Movimentavam-se muito na frente do espelho observando admirados a própria imagem. Aproximavam-se do espelho, tocavam-no com a boca e lábios e batiam intensamente suas mãos. Alguns olhavam para a imagem refletida da mãe e depois para a imagem real, como se estivessem confirmando suas hipóteses.

A imagem refletida através do espelho desde os quatro meses já despertava o interesse de alguns, aos seis meses mais intensamente e aos nove meses além de sentirem-se atraídos pela própria imagem também se expressavam de forma mais criativa em frente ao espelho transparecendo que neste momento ele se reconhecia na imagem refletida. Demonstrava contentamento com a consciência e percepção da integralidade do seu corpo e brincava espontaneamente. Assim, constatou-se que os bebês se sentiam atraídos e surpresos desde os primeiros meses por suas imagens refletidas no espelho. Dolto^{72,73} refere-se às vivências que acontecem naturalmente, o “Estádio do espelho”: a adequação entre o corpo fragmentado e a imagem do corpo.

[...] É apenas após a experiência especular, que a criança repete experimentalmente por suas idas e vindas deliberadas diante do espelho, que ela começa, de certa forma, a se apropriar de seu próprio corpo e armadilhar ali seu narcisismo.[...] Em particular, seu próprio rosto, que o espelho lhe revela e que será doravante indissociável de sua identidade, solidária de seu corpo, tórax, tronco, membros, convence a criança de que ela é semelhante aos outros humanos, um dentre eles.^{72,p.129}

Alguns estabeleciam uma troca interativa com a mãe de forma mais intensa por meio de suas imagens no espelho. Rapidamente corriam os olhos na imagem real de suas mães e ficavam uma boa parte do tempo sustentando o olhar compartilhado na imagem refletida. Observou-se nos bebês um misto de surpresa e contentamento. Olhavam para a imagem real da mãe e privilegiavam a troca de olhar pela imagem do espelho. Nestas situações a mãe sempre fazia elogios (“- olha que menino lindo!” “ - O bebezão mais bonito da mamãe!” “- Parece uma princesa com este vestido”) A mãe se arrumava e ajeitava as roupas e cabelos do bebê. As meninas com adereços nos cabelos, assim que percebiam arrancavam-nos ou ficavam se admirando, principalmente quando a mãe fazia algum elogio com olhar de admiração.

Nestas situações percebe-se a forte correlação do item “elogio da mãe” com a “vocalização do bebê” e “iniciativa do bebê”. Na situação livre, era o momento em que o bebê respondia às demandas maternas já vivenciadas, como a produção de sons e gestos, por exemplo: “- como faz o caminhão do papai?”(mãe) “ - /bru” (bebê) . Dançavam, imitavam personagens, jogavam beijos, faziam gestos, retribuía manifestações de carinho, imitavam sons produzidos pela mãe, etc. Na situação mediada pelo brinquedo, compartilhavam alguma brincadeira inventada pela mãe, como jogar o cachorrinho de volta para a mãe. Na situação mediada pela cantiga, respondiam com maior entusiasmo ao “Parabéns a você”, batiam palmas ou demonstravam muita satisfação quando a mãe segurava seu bracinho para bater palmas.

Portanto aos nove meses de idade do bebê as interações da díade mãe-bebê apresentaram diferença significativa entre os grupos nos domínios/construtos **Envolvimento** do Bebê na situação de interação livre e **Reciprocidade** da Díade em duas situações interativas (Objeto e Cantiga) e com as situações agrupadas (Livre+Objeto+Cantiga) houve diferença significativa entre os grupos nos domínios/construtos **Sensibilidade** da Mãe; **Envolvimento** do Bebê e **Retirada/Afastamento** do Bebê. As pontuações mais altas dos

domínios que conferem melhor qualidade às interações foram atribuídas ao grupo estudo, enquanto que pontuação mais alta do domínio que confere características negativas às interações foi atribuída ao grupo controle.

Nesta etapa a significância entre os grupos aparece também em um domínio/construto parental (**Sensibilidade** da Mãe) quando as variáveis e as situações foram agrupadas, conferindo às mães do grupo estudo maior sensibilidade na situação interativa com seus bebês. Também se pode observar a alta correlação ou concordância das variáveis que são observadas e analisadas durante a situação interativa e na análise das variáveis agrupadas que conferem a significância e qualidade dos construtos.

Variáveis correlacionadas: L23 L39 0.8722758
 Variáveis correlacionadas: L23 L40 0.830928
 23: “olhar da criança/atenção conjunta” – livre (**Envolvimento**) 39: “reciprocidade” – livre (**Reciprocidade**). 40: “regulação adaptação” – livre (Reciprocidade).
 Variáveis correlacionadas: O25 O43 0.8625384
 25: “emocionalidade negativa” – objeto (**Retirada/Afastamento**) 43: “tensão” – objeto (**Estados Negativos**).
 Variáveis correlacionadas: L26 L42 0.8685609
 Variáveis correlacionadas: O26 O27 0.8135218
 Variáveis correlacionadas: O26 O42 0.9161448
 Variáveis correlacionadas: C26 L42 0.8192106
 Variáveis correlacionadas: O27 O43 0.9405399
 26: “retirada” – livre (**Retirada/Afastamento**) 42: “constrição” – livre (**Estados Negativos**)
 27: “emocionalidade instável” – objeto (**Retirada/Afastamento**) 43: “tensão” – objeto (**Estados Negativos**).

Aos **doze meses de idade** constatou-se diferença significativa em várias variáveis isoladas em diferentes situações, como “elaboração da mãe” (Cantiga), “experiência da mãe” (Objeto), “entusiasmo da mãe” (Cantiga), “vocalização do bebê” (Objeto e Cantiga), “iniciativa do bebê” (Objeto e Cantiga), “competência do bebê para explorar o ambiente” (Livre, Objeto e Cantiga), “jogo simbólico/Criativo do bebê” (Cantiga) e “reciprocidade diádica” (Objeto), sendo que o grupo estudo obteve pontuação maior com relação às frequências das variáveis que atribuem melhor qualidade a interação e obtiveram pontuações menores com relação às frequências de variáveis consideradas características interativas negativas.

Desta forma, verificou-se que esses achados relacionam-se consequentemente com o fator que diferenciou os grupos, assim a presença do diagnóstico gestacional, o quadro clínico dos bebês do

grupo estudo, pode ter intensificado os cuidados com o desenvolvimento diferenciando a qualidade da interação das díades aos doze meses de idade do bebês.

Algumas variáveis são observadas somente a partir dos doze meses de idade, como: “a criança evita os pais” (o bebê evita a mãe) que pertence ao domínio **Retirada/ Afastamento do Bebê**; “Jogo Simbólico/Criativo” que pertence ao domínio **Envolvimento do Bebê** e o domínio **Conformidade/Condescendência do Bebê** com três variáveis (“bebê colabora com a mãe”, “bebê depende da ajuda da mãe” e “bebê persiste na tarefa”). Com relação às análises destas variáveis isoladas houve diferença significativa entre os grupos somente da variável “jogo simbólico/criativo” com maior pontuação atribuída ao grupo estudo. Com relação ao domínio **Conformidade/Condescendência do Bebê** nos dois grupos os bebês apresentaram pontuações muito próximas com frequência moderada destes itens nas situações interativas, como se pode observar na tabela abaixo:

Tabela A3 9 – Teste entre os grupos Estudo e Controle para as variáveis Conformidade, Condescendência ou Submissão (CCS) nos domínios Livre, Cantiga, Objeto e Agrupada.

Variáveis	Estudo (n=25)	Controle (n=25)	p-valor
CCS – 12 meses – Livre ²	2,63(±0,48)	2,36(±0,64)	0,437
CCS – 12 meses – Cantiga ²	2,65(±0,59)	2,33(±0,67)	0,381
CCS – 12 meses – Objeto ²	2,69(±0,47)	2,35(±0,62)	0,138
CCS – 12 meses – Agrupada ²	2,65(±0,47)	2,35(±0,62)	0,052

¹Teste t-student; ²MANOVA; Média(±desvio padrão).

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Constatou-se que três (“elaboração”, “experiência” e “entusiasmo da mãe”) das treze variáveis pertencentes ao domínio **Sensibilidade** da Mãe apresentaram diferença significativa entre os grupos. Este resultado não foi suficiente para configurar significância deste domínio na análise das variáveis agrupadas, ou seja, na análise que verifica a qualidade deste domínio, **Sensibilidade** da Mãe, na interação da díade aos doze meses de idade do bebê.

No entanto, verificou-se alta concordância destes itens parentais, “elaboração”, “experiência” e “entusiasmo” da mãe com os itens do bebê, “vocalização”, “iniciativa”, “competência para explorar o ambiente” e “jogo simbólico/criativo do bebê”, ou seja, quando a mãe favorecia a movimentação livre do bebê, “imitava” e “elaborava” as produções sonoras e ações do bebê mais altas eram as pontuações das variáveis que verificavam a qualidade do domínio **Envolvimento** do bebê (“vocalização”, “iniciativa”, “competência para explorar o ambiente” e “jogo simbólico/criativo”).

Assim, com a contribuição de Wadsworth⁷⁴ a partir da teoria Piagetiana, pode-se pensar nas interações do Bebê e seu efeito na construção do conhecimento:

Quando a aprendizagem e o desenvolvimento ocorrem de forma autônoma é melhor do que quando são externamente dirigidos. Este é um pressuposto central na teoria construtivista de Piaget. Autonomia ou auto-regulação, segundo este autor, significa inclinação, suscetibilidade, vontade ou determinação da criança para deixar tomar pela desequilíbrio e estar aberto a experiências e, ao experimentar a desequilíbrio ou permitir experiências (no processo de construção do conhecimento), perseguir sua resolução pelo processo ativo da assimilação e acomodação e pela seleção de outras experiências necessárias à concretização do que deseja. Falando de uma forma mais simples, o sistema afetivo da criança conserva aberto os portões que controlam o que entra no processo de construção do conhecimento e possibilita que os seus procedimentos adaptativos de aprendizagem sigam sua própria direção, como se fosse um detetive.⁷⁴

Com relação à análise das variáveis agrupadas aos doze meses de idade a qualidade das interações das díades mãe-bebê dos dois grupos estudo e controle não apresentaram diferença significativa.

Na análise das situações agrupadas (livre+Objeto+Cantiga) aos doze meses de idade houve diferença estatisticamente significativa em um domínio **Envolvimento do Bebê**, sendo que o grupo estudo apresentou maior pontuação.

Portanto, a qualidade da interação das díades mãe-bebê do grupo estudo aos doze meses de idade, com relação ao domínio **Envolvimento do Bebê** (Livre+Objeto+Cantiga) foi significativamente melhor com relação ao grupo controle.

Considerando que aos nove meses queriam explorar o ambiente, aos doze meses de idade já queriam modificar o ambiente. A impressão é que não se contentavam mais em só explorar manipulando os objetos, queriam utilizar o ambiente como um instrumento de conquista e modificação. Empurravam o espelho vigorosamente; desmontavam todo o tapete, mordiam algumas partes e batiam uma em outra; abriam e fechavam as gavetas; brincavam de esconder atrás do espelho; tentavam entrar e passar por debaixo do armário; conseguiam encontrar uma formiguinha minúscula no chão; faziam birra quando não conseguiam concretizar suas intenções ou diante de algum incidente, como apertar os dedos das mãos na gaveta do armário. Enfim prevalecia a vontade de se movimentarem de forma criativa, exibindo explicitamente suas capacidades e potencialidades.

Gopnik⁷⁵ destaca que os bebês adoram aprender e esclarece que eles aprendem simplesmente observando os acontecimentos ao seu redor.

Estão abertos a toda riqueza do grande mundo. Dão atenção a qualquer coisa nova e inesperada – qualquer coisa com que possam aprender, mas fazem também energeticamente coisas para aprender. Quando brincam, as crianças fazem ativamente experiências no mundo e usam os resultados dessas experiências para mudarem aquilo que pensam. As estatísticas que observam e as experiências que realizam ajudam-nas a construir novos mapas causais do mundo em seu redor.⁷⁵

Com relação ao item “competência para explorar o ambiente” que pertence ao construto **Envolvimento do bebê**, o grupo estudo apresentou maior pontuação com relação ao grupo controle, inclusive houve diferença significativa com relação a esta variável e houve também diferença significativa deste construto **Envolvimento do bebê** com relação às situações agrupadas (Livre+Objeto+Cantiga) (Tabela 7).

Os bebês dos dois grupos estudo e controle que participaram de todas as etapas do estudo longitudinal preencheram os critérios de inclusão, ou seja, não apresentaram atrasos em nenhuma área ou fase do desenvolvimento, portanto todos com doze meses de idade, se já não estavam andando, já conseguiam ficar em pé sozinhos, assim movimentavam-se com muita agilidade e independência. Como os bebês manifestavam claramente que o interesse maior era explorar o ambiente, quando não eram atendidos eles ficavam irritados, principalmente no momento interativo mediado pela cantiga, em que as mães, às vezes, exageravam, insistindo para despertar o interesse dos bebês para a cantiga “Parabéns a você” e queriam que eles batessem palmas por muito tempo.

Verificou-se, que neste momento alguns eram mais colaborativos com suas mães. Atendiam a demanda materna com muita facilidade e desenvoltura. Faziam gestos interpretando cantigas ou encenações; dançavam; batiam palmas diversas vezes no momento da interação com a cantiga “parabéns a você”; atendiam aos comandos, como entregar o “au au” para a mãe; pronunciavam nomes, frases simples, ou seja, atendiam aos pedidos e comandos maternos.

A presença do lúdico foi muito intensificada no momento da interação mediada pelo objeto e pela cantiga. Alguns bebês foram incentivados a beijarem ou fazerem carinho no “au au” (“- não morde nele não, faz carinho no “au-au”) e muitas vezes espontaneamente falaram /au-au/ e imitavam o modelo oferecido pela mãe, como jogar o cachorrinho várias vezes para a mãe apanhar e devolvê-lo. Durante a cantiga muitas mães em idades mais precoces do bebê seguravam seus bracinhos e batiam palmas, assim que os bebês iam adquirindo habilidade motora batiam palmas com muito vigor e agilidade. Aos doze meses de idade somente um bebê não bateu palmas durante a cantiga “Parabéns a você” (vide *Protocolo de Triagem do Desenvolvimento Denver II*).

Alguns bebês manifestaram medo diante do brinquedo (“au au”) afastando com temor ou atiravam-no para longe. Choravam quando a mãe insistia e não conseguia convencê-los de que ele era “bonzinho”.

Estas experiências pelas quais as crianças passam naturalmente geram conflitos a serem suplantados e conseqüentemente propiciam o desenvolvimento. A teoria de Piaget pode ser considerada a “Teoria da invenção”. Esta teoria defende que a construção do conhecimento depende puramente da criança, a interação social vai oferecer o desequilíbrio necessário e na busca pela adaptação a criança vai inventando, descobrindo e construindo seu conhecimento. Para Piaget o próprio desenvolvimento é a força.⁷⁴ Assim Trevarthen também coloca em xeque vários estudos que garantem a passividade do bebê nos processos de aprendizagem.⁷⁶

O bebê nos ensina, diz Trevarthen, ele é “uma criatura inventiva, criadora de sentidos e de interação com os outros”, sua capacidade criadora permite aceder a qualquer código linguístico e simbólico humano, sua capacidade de apreender línguas, ritos e costumes lhe dá a condição de ser e de estar em qualquer comunidade humana. Ele inventa para si uma língua que lhe possibilita posteriormente expressar suas necessidades e desejos como um falante natural do grupo ao qual pertence, faz do código um veículo de expressão da sua singularidade.⁷⁶

Portanto, aos doze meses de idade do bebê, as interações das díades mãe-bebê apresentaram diferenças significativas entre os grupos com relação a alguns itens que pertencem aos construtos **Sensibilidade** da Mãe, **Envolvimento** do Bebê e **Reciprocidade** da Díade. No entanto caracterizou-se pela diferença significativa na análise das situações agrupadas (Livre+Objeto+Cantiga) com relação ao construto **Envolvimento** do Bebê. O envolvimento dos bebês do grupo estudo na interação com suas mães foi significativamente maior comparado aos bebês do grupo controle. Esta característica iniciou aos seis meses de idade e se manteve com significância até os doze meses, enquanto os outros domínios se aproximaram.

CONCLUSÃO

O acompanhamento longitudinal revelou que a interação da díade mãe-bebê na fase recém-nascido, aos dois e quatro meses de idade são momentos de grande complexidade e engajamento materno. A atenção e investimento voltado ao ser que acaba de chegar monopolizam seu entorno. Ele é cercado de cuidados e ocupa uma posição de destaque e a

característica que marcou o pré-natal e diferenciou os grupos talvez tenha ficado mais evidente a partir dos seis meses de idade. Inicialmente os domínios com significância reúnem características interativas do bebê e da díade, no entanto, apenas um domínio parental aparece aos nove meses e diminui aos doze meses de idade.

A análise extremamente criteriosa e minuciosa, em que várias características foram observadas em uma situação de interação mãe-bebê, permitiu encontrar características com significância estatística do lado do bebê e conseqüentemente com impacto em características interativas diádicas. Aos nove meses de idade do bebê as mães se diferenciaram em um domínio parental, a Sensibilidade Materna. O diagnóstico pré-natal que colocou em risco a gestação e o desenvolvimento do bebê pode ter aumentado a Sensibilidade da Mãe, ou seja, o quanto ela está atenta aos sinais comunicativos do seu filho, ou em prontidão para resguardá-lo e garantir o que for necessário. Talvez as mães, de forma geral, preocupem-se mais intensamente com seus filhos assim que nascem e/ou nos primeiros meses de vida, mas, em relação às mães que sofreram uma “ameaça” (grupo estudo), este cuidado maior pode perdurar além dos primeiros meses e tornar-se evidente à medida que as mães (grupo controle) se tranquilizam.

Aos seis meses, os bebês aumentam o repertório de vocalizações, são capazes de sentar, agarrar, movimentarem-se com agilidade, as trocas comunicativas se intensificam gradativamente enriquecendo as interações com os pais e a família. Já o bebê que teve seu desenvolvimento atravessado por um risco, muitas vezes exige cuidados e a necessidade de acompanhamentos. Esta mãe e todo este entorno continua em alerta e atentos. Eles sabem que qualquer alteração precisa ser investigada. Ele demanda uma vigilância maior. Quando o entorno consegue desviar o olhar do bebê, o bebê de risco continua sob os holofotes.

Portanto, considera-se a possibilidade deste contexto de cuidados e atenção ter favorecido os domínios/construtos interativos do bebê. A demanda desta vigilância ao desenvolvimento pode ter potencializado os domínios interativos do bebê. No discurso da mãe frequentemente encontram-se atributos quando se refere ao bebê. “- Ele foi muito forte, é um vitorioso”. Este bebê revestido de tanta coragem percebe seu lugar na relação com a mãe e se envolve com mais intensidade e reciprocidade.

Aceitar esta posição do bebê na relação com sua mãe é acreditar em sua participação ativa e capacidade de adaptação bem como admitir que é capaz de adaptar-se de forma positiva e inteligente às influências dos acontecimentos e sentimentos.

Como enfatiza Gopnik⁷⁵:

As crianças não se limitam a aprender acerca do mundo físico. Aprendem também acerca do mundo psicológico. Aprendem como são as pessoas à sua volta. [...] As crianças aprendem a psicologia daqueles que estão a sua volta – a sua combinação particular de crenças, desejos e sentimentos, traços de personalidade, motivações e interesses. [...] E as crianças não se limitam a aprender sobre as outras pessoas – também aprendem sobre si próprias. Literalmente desde a altura em que nascem, ligam os próprios sentimentos aos dos outros.⁷⁵

O profissional de saúde sabe da importância dos indicadores de risco e da necessidade e importância dos acompanhamentos. Este saber é transmitido aos familiares que, por sua vez, devem estar bem orientados e se preocuparem com a importância da manutenção das consultas, exames e intervenções.

As crianças com desenvolvimento típico geralmente são levadas aos profissionais de saúde quando adoecem ou para cumprirem o calendário das vacinas da primeira infância. Neste caso, o contexto de saúde e desenvolvimento possui uma conotação mais superficial e atitudes de espera quando diante de alguma intercorrência. As crianças que necessitam de algum acompanhamento em centros de saúde especializados possuem uma história de vida que envolve experiências positivas e negativas que vão precisar superar e/ou comemorar.

Diante de todas as considerações da discussão dos resultados deste estudo, concluiu-se que a diferença encontrada entre os grupos estudo e controle destaca a relevância do cuidado individualizado com a díade mãe-bebê, dos acontecimentos da fase gestacional e da atuação do bebê como um participante ativo em todo o processo pré, peri e pós natal.

O bebê é um intérprete do mundo e ele nos ensina a forma pela qual ele faz estas interpretações. O seu saber é construído a partir das suas capacidades de apreensões perceptivas e de expressões comunicativas. [...] Suas eleições não são arbitrárias e, nem tão pouco, frutos do acaso, elas estão fundamentadas na análise interpretativa que ele faz dos sinais comunicativos que estão para além da palavra, mas que são expressos pelo outro de forma multimodal.⁷⁶

Concluiu-se que “os efeitos do diagnóstico pré-natal” tornaram-se evidentes em algumas etapas do desenvolvimento provocando diferenças significativas que revelam a qualidade das interações da díade mãe-bebê. Os instrumentos de análise dos dados coletados neste estudo garantiram achados essenciais à compreensão dos recursos comunicativos usados pelo bebê e sua mãe na complexidade da sincronia das primeiras relações. Estas relações estruturam e edificam o bebê que por sua vez participa ativamente de todo o processo.

Portanto, o presente estudo reconhece a necessidade da continuidade de novos estudos, possibilitando cada vez mais uma melhor compreensão desta fase inicial do desenvolvimento do bebê na relação interativa com o outro.

REFERÊNCIAS

1. Klaus M H, Kennell JH. Pais/Bebês a formação do Apego. Tradução de Daise Batista; supervisão e revisão técnica da tradução de Maria helena machado. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
2. Lebovici S. O bebê, a mãe e o psicanalista. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.
3. Wilhelm J. O que é psicologia pré-natal. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
4. Bydlowski M. Je rêve un enfant: l'ex-périence intérieure de la maternité. Paris: Odile Jacob; 2000.
5. Stern, D. Maternal representations: a clinical and subjective phenomenological view. *Infant Mental Health Journal*. 1991; 12(3): 174-182
6. Ammanitti M, Tambelli R, Canderoli C, Pola M. Maternité et grossesse. Paris: PUF; 1999.
7. Stern DN. The Motherhood Constellation: a unified view of parent-infant Psychotherapy. New York: BasicBooks; 1995.
8. Thun-Hohenstein L, Wienerroither C, Schreuer M, Seim G, Wienerroither H. Antenatal mental representations about the child and mother–infant interaction at three months post partum. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008 17(1):9-19.
9. Benedek T. Parenthood as a developmental phase. A contribution to the libido theory. *Journal of American Psychoanalytic Association*. 1959; 7(3):389-417
10. Fonseca VRJRM, Silva GA, Otta E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(4):738-746, abr, 2010.
11. Piontelli A. Is there something wrong? The impact of technology in pregnancy. In Raphael-Leff, J, editor. 'Spilt milk' perinatal loss & breakdown. London: Institute of Psychoanalysis, 2000. p.39-52.
12. Villeneuve C., Laroche C., Lippman A., Marrache M. Psychological aspects of ultrasound imaging during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1988; 33(6): 530-6.
13. Caron N, Fonseca M, Kompinsky E. Aplicação da observação na ultra-sonografia obstétrica. In: Caron N, editors. A relação pais-bebê: da observação à clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000. p.178-206.
14. Quayle J. Parentalidade e medicina fetal: repercussões emocionais. In: Zugaib M, Brizot V, Bunduki DP. *Medicina fetal*. São Paulo: Atheneu; 1997. p. 1-32.
15. Negri R. Observação da vida fetal. In: Lacroix M, Monmayrant, M, editors. *Laços do encantamento: a observação de bebês*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997b. p.113-129.
16. Piontelli A. De feto à criança: um estudo observacional e psicanalítico. Wilhelm J, Gomes NL, Godoy SM, translators. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
17. Piontelli A. Twins in utero: temperament development and interwin behavior before and after birth. In: Sandbank A, editor. *Twin and triplet psychology*. London: Routledge; 1999. p. 7 - 18.
18. Viaux-Savelon S.; Leclere C.; Aidane E.; Bodeau N.; Camon-Senechal L.; Vatageot S.; Feldman R.; Cohen D. Validation de la version française du Coding Interactive

- Behavior sur une population d'enfants à la naissance et à 2 mois. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2014; 62(1): 53-60.
19. Viaux-Savelon S.; Leclere C.; Aidane E.; Bodeau N.; Camon-Senechal L.; Vatageot S.; Feldman R.; Cohen D. Validation de la version française du Coding Interactive Behavior sur une population d'enfants à la naissance et à 2 mois. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. Doi: 10.1016/j.neurenf.2013.11.010
 20. Cohen D, Savelon SV, Rosenblum O, Mazet P, Dommergues M. Acompanhamento Ecográfico Pré-natal de Gravidez com Suspeitas de Malformações: estudo do impacto sobre as representações maternas. In: Laznik MC, Cohen D. *O Bebê e Seus Intérpretes: Clínica e Pesquisa*. São Paulo: Instituto Langage; 2011. p.35-45.
 21. Gordo A, Parlato EMO, Azevedo MF, Guedes ZCF. Triagem Auditiva em Bebês de 2 a 12 Meses. *Pró Fono R. Atual. Cient*. 1994; 6(1): 7-13.
 22. Azevedo MF, Vilanova LCP, Vieira RM. *Desenvolvimento Auditivo de Crianças Normais e de Alto Risco*. São Paulo: Plexus Editora; 1995.
 23. Drachler M.L, Marshall T, Carvalho-Leite JC. A continuous- scale measure of child development for population- based epidemiological surveys; a preliminary study using Item Response Theory for the Denver Test. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007; 21: 138-53.
 24. Leão E, Corrêa EJ, Mota JAC, Vasconcellos MC. *Pediatria Ambulatorial*. 5th ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2013.
 25. Santos RS, Araújo APQC, Porto MAS. Diagnóstico precoce de anormalidades no desenvolvimento em prematuros: instrumento de avaliação. *J Pediatr*.2008; 84(4):289-99.
 26. Olliac B, Crespín G, Laznik MC, Oussama CIEG, Sarradet JL, Colette B *et al*. Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. *PLoS ONE*. 2017; 12(12):e0188831
 27. Crespín GC, Parlato-Oliveira E. O Projeto PREAUT. In: Jerusalinsky A, editors. *Dossiê autismo*. São Paulo: Instituto Langage; 2015. p.436-455
 28. Klein VC, Putnam SP, Linhares MBM. Assessment of Temperament in Children: Translation of Instruments to Portuguese (Brazil). *Intera J Psych*. 2009; 43(3): 552-7.
 29. Rothbart MK, Bates JE. Temperament. In: Damon W, editors. *Handbook of child psychology: social, emotional and personality development*. New York: John Wiley and Sons; 2006. p. 99-165.
 30. Golse B. *Sobre a Psicoterapia Pais-Bebê: narrativa, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
 31. Feldman R. Coding Interactive Behavior Manual (CIB). Unpublished manuscript, Ramat-Gan, Israel. Society for Infant Studies; 1998.
 32. Cabral, ACV. *Medicina Fetal: O feto como paciente*. Belo Horizonte: Ed. Copmed; 2005.
 33. Tronick EALS, Brazelton TB. Monadic Phases: A structural descriptive analysis of infant– mother face to face interaction. *Merrill Palmer Quarterly*, 1980. 26(1), 3-24.
 34. Gudeney A. From early withdrawal reaction to infant depression: A baby alone does exist. *Infant Mental Health Journal*, 1997;18:339-349.
 35. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment*. Hillsdale: Erlbaum; 1978.

36. Feldman R. Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; Physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48: 329-354.
37. Minuchin P. Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 1985;56:289-302
38. Davies PT, Cicchetti D. Toward an integration of family systems and developmental psychopathology approaches. *Development and Psychopathology*.2004;16:477-481
39. Ferber SG, Feldman R, Makhoul IR. The development of maternal touch across the first year of life. *Early Human Development*. 2008;84:363–370.
40. Lamb ME. Father-infant and mother-infant interaction in the first year of life. *Child Development*, 1977;48:167-181.
41. Yogman MW. Games fathers and mothers play with their infants. *Infant Mental Health Journal*, 1981;2(4):241-248
42. Feldman R, Masalha S, Nadam R. Cultural perspective on work and family: Dual-earner Israeli Jewish and Arab families at the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*. 2001;15(3), 492.
43. Feldman R, Masalha S. Parent–child and triadic antecedents of children’s social competence: Cultural specificity, shared process. *Developmental Psychology*, 2010;46(2), 455.
44. Bates E, O’Connell B, Shore C. Language and communication in infancy. In: Osofsky JD, editor. *Handbook of infant development*. 2nd ed. New York : Wiley; 1987. p. 149-204.
45. Kagan J. *The second year: The emergence of self awareness*. Cambridge: Harvard University Press; 1981
46. Messer DJ. *The development of communication: From social interaction to language*. Chichester: Wiley; 1994
47. Feldman R, Eidelman AI. Biological and environmental initial conditions shape the trajectories cognitive and social-emotional development across the first five years of life. *Developmental Science*. 2009;12:194-200.
48. Emde RN, Gaensbauer TJ, Harmon RJ. Emotional expression in infancy: A biobehavioral study. *Psychological issues*. 1976;10(37).
49. Sander LW. Polarity, paradox, and the organizing process in development. In: *Frontiers of infant psychiatry*. New York : Basic; 1984. p. 333-346.
50. Meaney MJ. Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations . *Annual Review of Neuroscience*, 2001;24:1161–1192.
51. Leckman JF *et al*. Biobehavioral processes in attachment and bonding. In: Ahnert L, editor. *Attachment and Bonding: a new synthesis*. Cambridge: MIT Press; 2005.
52. Silberstein D, Feldman R, Gardner JM, Karmel BZ, Kuint J, Geva R. The relational basis of feeding problems in low-risk premature infants across the first year. *Infancy*. 2009;14: 501-525
53. Stern ND. *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books; 1985.

54. Johnson MH *et al.* The emergence of the social brain network: Evidence from typical and atypical development . *Development and Psychopathology*. 2005;17: 599-619.
55. Marini FC. Reações maternas diante de uma gestação complicada por uma anomalia fetal grave. [Dissertação.] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; Hospital das Clínicas; 2008.
56. Machado MM. A criança é performer. *Educação e Realidade*. 2010;35(2):115-138
57. Bunduki V, Ruano R, Miguez J, Castro I de, Zugaib M. Ultrasound evaluation of fetal nuchal thickness throughout gestation as a down syndrome marker. *Journal of Perinatal Medicine*. 2001;29(1):198-198
58. Brazelton TB, Cramer BG. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
59. Trevarthen C, Delafield-Butt J. Intersubjectivity in the Imagination and Feelings of the Infant: Implications for Education in the Early Years. 2016.
60. Trevarthen C, Hubley P. Secondary intersubjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year. In: Lock A, editors. *Action, gesture and symbol: The emergence of language*. London: Academic Press; 1978, p. 183-229.
61. Smotherman W, Robinson S. The development of behavior before birth. *Developmental Psychology*. 1996;32(3):425-434.
62. Moura MLS, Ribas AFP, Seabra KC, Pessôa LF, Ribas Jr. RC, Nogueira SE. Interações Iniciais Mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2004, 17(3), p. 295-302.
63. Robin M. Interaction process analysis of mothers with their newborn infants. *Early Child Development and Care*. 1980;6:93-108.
64. Bornstein, M. H., Maital, S. L., Tal, J. & Baras, R. (1995). Mother and infant activity and interaction in Israel and the United States: A comparative study. *International Journal of Behavioral Development*. 1995; 18(1), 63-82.
65. Ribas AFP, Seidl MLM Interação precoce mãe-bebê. *Cadernos de Psicologia*. 1998;9:50-66.
66. Trevarthen C. Conversations with a two-month-old. *New Scientist*. 1974; 2: 230-5.
67. Piaget J. *A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação*. Rio de Janeiro: LTC; 1990.
68. Crespin G. *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo: Casa dos Psicólogos; 2004.
69. Grieser DL, Kuhl PK. Maternal speech to infants in a tonal language: Support for universal prosodic features in motherese. *Developmental Psychology*. 1988; 24(1), 14-20.
70. Bornstein M, Tamis-Lemonda CS. Activities and interactions of mothers and their firstborn infants in the first six months of life: Covariation, stability, continuity, correspondence and prediction. *Child Development*, 1990;61:1206-1217.
71. Santos SMP. *O lúdico na formação do educador*. 9nd ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
72. Dolto F. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva; 1992.
73. Dolto F. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva; 2004.
74. Wadsworth BJ. *Inteligência e Afetividade da Criança na Teoria de Piaget. Fundamentos do Construtivismo* São Paulo: Pioneira; 1997.
75. Gopnik A. *O Bebê Filósofo. O que a mente das crianças nos dizem sobre a verdade, o amor e o sentido da vida*. Portugal: Estrada Nacional; 2010.
76. Parlato-Oliveira. In: Trevarthen C, Aithen KJ, Gratier M, editors. *O bebê: Nosso professor*. São Paulo: Instituto Langage; 2019. p. 7-13

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como foco a interação mãe-bebê. Considerando as diferentes formas de comunicação do bebê, foram escolhidas ferramentas de análise que favorecem a descrição dessas formas:

A linguagem dos bebês deve ser analisada sobre dois canais fundamentais para o desenvolvimento de uma relação comunicativa entre os cuidadores e o bebê. O primeiro canal é o da produção de linguagem por parte do bebê, com seus sons e manifestações corpóreas, e o segundo refere-se à capacidade de percepção, por parte do bebê, da linguagem humana. Produção e percepção formam o binômio necessário para a construção da linguagem pelo bebê, isso desde os seus primórdios.¹

O bebê tem como interlocutor as pessoas que lhe são mais próximas e na sociedade atual a mãe continua sendo a pessoa mais presente em sua vida, inclusive considerando principalmente o período gestacional, tornando-se imprescindível a comunicação da díade mãe-bebê, quando se pretende conhecer os sinais comunicativos do bebê.

Em um tempo em que a linguagem oral não se faz ainda tão presente, a revisão da literatura despertou e aguçou mais ainda o interesse por esta investigação, porque considera além da capacidade de vocalização do bebê suas formas de produção comunicativa efetuada pela gestualidade do seu corpo, olhar, tônus. Verificou-se que a literatura contribui de forma significativa a respeito das características da interação da díade mãe-bebê porque considera a comunicação multimodal.

Neste estudo investigou-se o efeito “do diagnóstico pré-natal”, através da comparação de dois grupos de díades mãe-bebê. Foi possível comparar o desenvolvimento longitudinal da interação mãe-bebê desde a fase gestacional até o primeiro ano de vida de 50 díades mãe-bebê, divididas em dois grupos previamente selecionados: um grupo estudo composto por 25 mães emocionalmente fragilizadas, devido a diagnóstico pré-natal de uma alteração estrutural em seus filhos; e um grupo controle de 25 mães sem alterações diagnosticadas.

No período gestacional constatou-se que a evolução do conhecimento científico, apoiada na disponibilização de novas tecnologias pode contribuir para modificar a visão que se tinha do feto. A partir do aprimoramento de exames e principalmente das ultrassonografias gestacionais ampliou-se a possibilidade do estudo fetal. Recentemente surgiu uma nova ferramenta, o ultrassom quadridimensional (US4D). É um ultrassom 3D em movimento, o qual permite o monitoramento contínuo da face fetal e de outras áreas da superfície do feto. Este avanço tecnológico tem possibilitado a percepção de movimentos faciais complexos, que

podem ser avaliados quanto a sua expressão e duração revelando uma diversidade fascinante das atividades fetais intrauterinas.²

No presente estudo constatou-se que a referência aos movimentos fetais teve alta frequência nos relatos maternos, como uma forma do bebê se comunicar. Em estudo ultrassonográfico³, os autores reforçaram que a concordância da percepção materna dos movimentos fetais e os movimentos constatados simultaneamente pela ultrassonografia é boa, o que permite o uso da contagem de movimentos fetais na avaliação da vitalidade fetal.

Muitos estudos empíricos já tinham revolucionado a visão tradicional e difundida do meio ambiente intrauterino como sendo um lugar quente, escuro e silencioso, isolado do mundo externo e protegido das interferências de estimulações, associando-o a ideia conforto e segurança. Sabe-se que o mundo intrauterino, longe de ser um universo estático, é sujeito a muitas mudanças e pode apresentar inúmeras variações individuais, observáveis em cada gravidez em si.⁴

Em relação às influências do período pré-natal sobre o pós-natal, de acordo com Verny⁵ tudo o que acontece durante a gestação tem importância primordial, pois, mesmo antes do nascimento, a criança é dotada de sentimentos, traços de memória e algum nível de consciência.

Szejer⁶, p.53 pontua que o feto e o recém-nascido são envolvidos pela linguagem antes mesmo de sua concepção e “[...] assumem o seu lugar no seio de um ‘banho de linguagem’ e nele ficam à mercê dos ditos e dos não-ditos que constituem a história de cada um”, sendo que, à sua maneira, o feto memoriza e integra os dados de sua vida intrauterina.

Alguns aspectos observados possibilitam pensar que o recém-nascido possui, desde o período pré-natal, funções superiores. O bebê recém-nascido já é capaz de reconhecer a voz dos pais, conseguir distingui-la da de pessoas estranhas, de o feto ouvir, perceber através da pele e reconhecer cheiros, estes e outros indícios que possibilitam pensar também que certos momentos da gravidez podem ser, de algum modo registrados pelo feto e posteriormente, influenciar, interligando-se com a vida pós-natal do bebê. Quanto a essas experiências senso-perceptivas do bebê, Busnel⁷ conclui que o feto ouve e discrimina diferentes sílabas, memoriza sons e músicas, prefere a voz da mãe em detrimento a de outras pessoas; em resumo, o feto é um ser sensível que sente estimulações vindas do exterior e do interior. Postula ainda que os movimentos do feto podem ser tomados como forma de comunicação não-verbal.

Os artigos que integraram a revisão da literatura do presente estudo confirmaram a importância das análises sobre os aspectos que podem favorecer ou comprometer a interação

da díade mãe-bebê e ou as primeiras relações e desenvolvimento do bebê. Reconhecem a vulnerabilidade da mãe diante de muitas situações de risco, como os quadros de ansiedade e depressão maternas, situações socioeconômicas e sociodemográficas e reforçam que há fatores capazes de compensar e favorecer as habilidades comunicativas e o neurodesenvolvimento do bebê. Desta forma a literatura reforça a importância do cuidado primordial com o desenvolvimento infantil e propõe, como estratégia, a necessidade de intervenções iniciais que se concentram na díade mãe-filho e incentiva a continuidade de novos estudos, porque vislumbram diversos caminhos que podem aproximar cada vez mais o pesquisador de resultados inovadores rumo a uma melhor compreensão de alterações e quadros muitas vezes enigmáticos que envolvem as interações do bebê com o seu entorno.

Na primeira etapa do presente estudo constatou-se que a presença do diagnóstico pré-natal teve efeitos no estado emocional materno. As mães do grupo estudo, composto por 25 gestantes que tiveram um diagnóstico pré-natal com alguma alteração estrutural, apresentaram escores para de ansiedade ($p=0,015$), para depressão ($p=0,002$) e para ansiedade e depressão ($p=0,005$), com diferença estatisticamente significativa comparado ao grupo controle, composto por 25 gestantes que não tiveram um diagnóstico pré-natal de alguma alteração estrutural. No entanto, este fato não comprometeu o tipo de representação materna ($p>0,05$) e não teve um efeito negativo na qualidade da interação da díade mãe-bebê na fase gestacional ($p>0,05$), ou seja, não se relacionou com diferenças significativas entre os grupos ($p=0,529$). Desta forma, este resultado foi ao encontro da literatura evidenciando que há fatores capazes de compensar e favorecer a qualidade da interação das díades em situações adversas.

A análise das representações maternas a partir dos relatos da entrevista questionário *Irmag-R Echelle* de avaliação das representações maternas permitiu evidenciar que o diagnóstico gestacional não causou diferença significativa entre os grupos, predominando representações classificadas como Integradas e Equilibradas ($n=35$ gestantes).

O preenchimento pelas gestantes das cinco listas de adjetivos com base no modelo diferencial semântico (dezessete características opostas em cada lista) revelou que as gestantes do grupo estudo mesmo diante de adversidades atribuíram predominantemente características positivas aos seus bebês. Houve forte concordância das características que elas atribuíram a si próprias como pessoa e na função de mãe, as características que elas atribuíram ao pai do bebê e a própria mãe, com os relatos durante a entrevista. Houve apenas uma característica atribuída a própria mãe das gestantes (avó materna do bebê) com significância estatística entre os grupos ($p= 0,007$). As gestantes do grupo estudo consideraram a própria mãe insegura na função de mãe. A partir deste fato, acredita-se que a

sensação de incerteza e insegurança da mãe diante do diagnóstico gestacional pode também ser endereçada à sua própria mãe. A dificuldade de aceitar os sentimentos de insegurança vivenciados pela mãe faz com que ela atribua estes mesmos sentimentos a sua própria mãe.

A análise dos áudios do momento de interação livre da mãe com o feto reforçou o que foi relatado pelas mães durante a entrevista. Das 50 mães que participaram do estudo longitudinal 48 conversaram com seus bebês intra-útero. O tipo de fala predominante foi a fala direcionada ao adulto, sendo que os quatro maiores tempos de manhês foram das mães do grupo estudo. Associaram o movimento fetal às respostas do feto diante do que lhe era falado e prevaleceu um conteúdo positivo. Estes fatos reforçam o forte vínculo e a comunicação que se estabelece entre a mãe e seu bebê em uma etapa muito precoce.

A segunda etapa do presente estudo revelou que a interação da díade mãe-bebê na fase recém-nascido, aos dois e aos quatro meses de idade foram momentos de grande dedicação e engajamento materno. Nestas fases verificou-se que o bebê ocupou uma posição de destaque no contexto familiar e a característica que marcou o pré-natal e diferenciou os grupos talvez tenha ficado mais evidente a partir dos seis meses de idade, quando se sobressaíram os domínios com significância. Com significância aos seis meses de idade manifestaram-se domínios que reúnem características interativas do bebê e da díade, e apenas um domínio parental apareceu aos nove meses e diminuiu aos doze meses de idade.

As características com significância estatística relacionadas ao comportamento do bebê possuem alta correlação com as características diádicas com significância estatística, portanto considerou-se a relevância da importância dos resultados, o diferencial das variáveis observadas como a maior intensidade do Envolvimento do bebê na interação com sua mãe e consequentemente a maior Reciprocidade entre eles.

O instrumento *Coding Interactive Behaviour* possibilitou uma análise extremamente criteriosa e minuciosa, em que várias características foram observadas em uma situação de interação mãe-bebê, permitiu encontrar as características com significância estatística do lado do bebê e consequentemente com impacto em características interativas diádicas.⁸ Somente aos nove meses as mães se diferenciaram em um domínio parental: a sensibilidade materna. O diagnóstico pré-natal que colocou em risco a gestação e o desenvolvimento do bebê pode ter aumentado a sensibilidade da mãe, ou seja, o quanto ela está atenta aos sinais comunicativos do seu filho, ou em prontidão para resguardá-lo e garantir o que for necessário. Talvez as mães de uma forma geral preocupem-se mais intensamente com seus filhos assim que nascem e/ou nos primeiros meses de vida, mas em relação às mães que sofreram uma ameaça (grupo

estudo), este cuidado maior pode perdurar além dos primeiros meses e tornar-se evidente à medida que as mães (grupo controle) se tranquilizam.

Assim, diante dos resultados considera-se a possibilidade deste contexto de cuidados e atenção, a demanda desta vigilância ao desenvolvimento pode ter potencializado os domínios interativos do bebê. Aceitar esta posição do bebê na relação com sua mãe é considerar sua participação ativa, bem como admitir que ele é capaz de adaptar-se de forma positiva às influências dos acontecimentos e emoções desde a fase intrauterina.

Desta forma, a questão que norteou este estudo foi investigar se o diagnóstico gestacional poderia influenciar a condição emocional materna e conseqüentemente comprometer a qualidade da interação da díade mãe-bebê. Verificou-se que em um primeiro momento realmente houve um aumento da ansiedade e ou depressão maternas na fase pré-natal e acredita-se que este fato na fase pós-natal intensificou características positivas atribuídas ao comportamento do bebê em interação com sua mãe. Por sua vez, estas características presentes no comportamento do bebê em interação possuem alta correlação com características que aumentam a qualidade da interação da díade.

Assim, a diferença encontrada entre os grupos estudo e controle destaca a relevância do cuidado individualizado com a díade mãe-bebê, dos acontecimentos da fase gestacional e da atuação do bebê como um participante ativo em todo o processo pré, peri e pós natal.

O estudo destaca a importância dos cuidados em situações de maior vulnerabilidade (grupo estudo), considerando-se a necessidade de maior atenção e cuidados com relação ao desenvolvimento, fator que diferenciou os grupos, mas também ressalta a importância com a atenção ao desenvolvimento em situações subclínicas (grupo controle).

A qualidade da interação da díade mãe-bebê foi analisada em três momentos diferentes: livre (fala espontânea da mãe), objeto (a utilização de um objeto/brinquedo) e a cantiga (uma cantiga cantada pela mãe), dessa maneira pode-se observar e analisar as características interativas em diferentes contextos de intermediação. Assim constatou-se diferença com significância estatística de algumas variáveis em algumas situações específicas. A situação da “cantiga” favoreceu algumas características/variáveis como, por exemplo: maior aproximação da mãe (contato físico/segurar os bracinhos do bebê para bater palmas), principalmente nos primeiros meses e a imitação do bebê (movimentos com as mãos e palmas) durante todas as etapas; incentivou a representação/imitação e o jogo simbólico (imitar gestos de cantigas) com 9 e 12 meses de idade; entusiasmo da mãe; iniciativa do bebê; olhar e atenção conjunta do bebê; presença de suporte da mãe; a intrusividade da mãe; e a fadiga do bebê. A situação com o objeto (brinquedo: “cachorrinho”) favoreceu a interação

direcionada pelo bebê (quando a mãe permitia que o bebê pudesse explorar tranquilamente o brinquedo (“cachorrinho”) e a alta correlação com o reconhecimento, elaboração, experiência e menor intrusividade da mãe; suporte da mãe e a alta correlação com a iniciativa do bebê. Na situação livre verificou-se que favoreceu o afeto, olhar/atenção conjunta e iniciativa do bebê; o reconhecimento da mãe a competência do bebê para explorar o ambiente; ansiedade da mãe; emocionalidade negativa; e retirada do bebê. Assim pode-se concluir que as três situações se sobrepõem, ou seja, elas apresentaram diversidades e particularidades que podem enriquecer as situações interativas e favorecer algumas características específicas quando se tem alguns propósitos previamente definidos, pensando-se nas interações terapêuticas.

Neste estudo foi possível observar a partir do Protocolo Preaut⁹ que os bebês dos dois grupos não apresentaram diferença significativa com relação a capacidade de iniciar espontaneamente uma interação com sua mãe, observado aos quatro e aos nove meses de idade.

Aos seis meses de idade constatou-se diferença significativa com relação ao item/variável retirada/afastamento do bebê (CIB) em todas as situações interativas (livre, objeto e cantiga), com pontuações mais altas atribuídas ao grupo controle, no entanto esta diferença não teve significância estatística na análise das variáveis agrupadas para a obtenção da qualidade do domínio Retirada do Bebê.

No Questionário sobre o Comportamento do Bebê-Revisado¹⁰ respondido pelas mães com relação ao comportamento do bebê aos nove meses de idade, também foi observado algumas variáveis isoladas com diferença significativa, 14 variáveis em um total de 191 variáveis (números das variáveis com diferença significativa: 32, 55, 75, 91, 106, 107, 112, 113, 114, 121, 137, 148, 166, 174), como: no domínio “na hora do banho e vestindo”, o grupo controle obteve maior frequência do comportamento balançou os braços e chutou ($p=0,0286$); no domínio “brincadeira”, o grupo controle obteve maior frequência do comportamento chorou ou mostrou aflição por um tempo quando algo com que o bebê estava brincando teve de ser retirado ($p=0,0144$). No entanto não houve diferença significativa entre os grupos na análise das variáveis agrupadas, ou seja, na análise que permite verificar a qualidade dos domínios. Portanto o comportamento dos bebês aos nove meses de idade, nos dois grupos, de acordo com suas mães, não apresentaram diferenças relevantes e/ou significativas.

As interações das díades mãe-bebê do presente estudo confirmaram a presença e importância da sintonia multimodal. O bebê e sua mãe apresentam sincronia, em muitos momentos percebemos quase um espelhamento de expressões faciais, gestuais, movimentos com os membros e vocalizações. Os recursos comunicativos do bebê acontecem de forma tão

espontânea, sutil e em sintonia com a mãe que, muitas vezes, é difícil diferenciar quem deu origem ao ato comunicativo. Ambos, mãe e bebê, se moldam um ao outro como uma dança em completa reciprocidade.

A partir da rigorosa observação proposta para a codificação do comportamento interativo (CIB), observou-se que nos momentos onde há uma “ruptura” deste envolvimento sincrônico, há a presença de sinais que se relacionam com características negativas que vão revelar a qualidade da interação. Assim torna-se possível reconhecer sinais sutis que dizem muito sobre o bebê, sua mãe e da díade, ou seja, de ambos em interação.

Investigar as primeiras relações do bebê aproxima caminhos, do conhecimento sobre a linguagem nas relações precoces e recursos terapêuticos cada vez mais condizentes com as potencialidades do bebê. Esta compreensão envolve o reconhecimento que a observação torna-se essencial e inesgotável, mas sempre viabilizará recursos mais condizentes com o universo do bebê.

[...] escutar o bebê em suas produções linguageiras, reconhecer seu discurso através do corpo, do olhar, dos movimentos, dos sons produzidos ainda não articulados na língua. Tudo isso nos permite reconhecer sua importância na construção de sua condições e possibilidades. O bebê passa do lugar de submetido à história a ator de sua própria história, decidindo e organizando suas representações. Esse lugar retira a mãe, ou de quem se ocupa do bebê, o papel determinante de sua felicidade ou infelicidade. Sem retirar, no entanto, a responsabilidade de quem se ocupa do bebê, pelo que lhe é oferecido. Mas esta oferta, seja ela boa ou não, vai ser interpretada por esse bebê, seu futuro não é determinado pela ação do outro. Esse bebê, no momento da relação, vai interpretar através da linguagem o que lhe é proposto.^{11,p.12}

O acompanhamento do desenvolvimento longitudinal dos bebês, em seis etapas do pós-parto (recém-nascido, dois, quatro, seis, nove e doze meses de idade) a partir da utilização de protocolos de triagem e avaliação do desenvolvimento nestas faixas etárias garantiu os critérios de inclusão do presente estudo e possibilitou verificar de forma minuciosa os marcos do desenvolvimento em etapas decisivas, desta forma assegurou a assertividade da significância dos dados analisados e permitiu vislumbrar a importância deste acolhimento e cuidado.

Shonkoff¹²⁻¹⁴ quando explica o efeito do estresse tóxico em sua Teoria do Ecobio-desenvolvimento e analisa seus impactos no desenvolvimento humano enfatiza que os avanços em campos de pesquisa tão diversos quanto a neurociência, a biologia molecular, a genômica, a psicologia do desenvolvimento, a epidemiologia, a sociologia e a economia permitem uma importante mudança de paradigma em nossa compreensão da saúde e da doença ao longo da vida. Essa ciência convergente e multidisciplinar do desenvolvimento

humano tem implicações profundas em nossa capacidade de melhorar as perspectivas de vida das crianças e fortalecer o tecido social e econômico da sociedade, porque traduz em uma estrutura de desenvolvimento ecológico que ilustra como as experiências iniciais e as influências ambientais podem deixar uma assinatura duradoura nas predisposições genéticas que afetam a arquitetura cerebral emergente e a saúde a longo prazo.¹²⁻¹⁴

A mesma neuroplasticidade que deixa a regulação emocional, a adaptação comportamental e as habilidades de funcionamento executivo vulneráveis a perturbações precoces em ambientes estressantes também permite seu desenvolvimento bem-sucedido por meio de intervenções focadas durante períodos sensíveis em seu amadurecimento.¹⁴

Ainda Shonkoff¹² destaca a necessidade de novas reflexões sobre o foco e os limites da prática pediátrica. Ele recomenda que os pediatras sirvam como guardiões da linha de frente do desenvolvimento infantil saudável e líderes comunitários estrategicamente posicionados para informar novas estratégias científicas que constroem bases sólidas para desempenho educacional, produtividade econômica, cidadania responsável e saúde ao longo da vida.

No entanto, diante de todas as constatações e contribuições acrescenta-se a essa prática e responsabilidade a importância da atuação de todos os profissionais que se dedicam ao cuidado com a vida intrauterina e a primeira infância.

Cientistas, profissionais e formuladores de políticas, direcionados por uma teoria aprimorada devem trabalhar juntos para projetar, implementar e avaliar estratégias inovadoras para produzir impactos substancialmente maiores do que aqueles alcançados pelos programas existentes.¹²

Portanto este estudo diante da evidência dos dados destaca o efeito otimizador do cuidado parental e transdisciplinar que pode potencializar a capacidade do bebê de adaptar-se e desenvolver-se afetivamente. Ele reconhece a importância da continuidade de estudos que possam investigar, cada vez mais, a influência no desenvolvimento infantil, do trabalho de equipes que se preocupam em acolher o bebê e seu entorno, considerando e valorizando uma escuta individualizada que considera a comunicação multimodal do bebê.

REFERÊNCIAS

1. Camargos Jr W, Lambertucci MCF, Magalhães LC, Parlato-Oliveira E. Psicopatologia do Bebê. In: Assumpção Jr FB, Kuczynski E, editors. Tratado de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. 2.ª ed. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 439-448.
2. Guimarães Filho HA *et al.* Avaliação do comportamento fetal por meio da ultrassonografia de quarta dimensão: conhecimento atual e perspectivas futuras. *Ver Assoc Med Bras.* 2013;59(5):507–513.
3. Nomura RMY *et al.* Concordância entre a percepção materna dos movimentos fetais e a visualização pela ultrassonografia. *Rev Bras Gin Obst.* 2013;35(2):55-59.
4. Piontelli A. De feto à criança: um estudo observacional e psicanalítico. Wilhelm J, Gomes NL, Godoy SM, translators. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
5. Verny T. A vida da criança antes de nascer. 3ª ed. São Paulo: C. J. Salmi; 1993.
6. Szejer M. Se os bebês falassem. São Paulo: Instituto Langage; 2016.
7. Busnel MC. A sensorialidade do feto. In: Corrêa Filho LC, editores. Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: LGE, 2002. p. 353-387.
8. Feldman R. Coding Interactive Behavior Manual (CIB). Unpublished manuscript, Ramat-Gan, Israel. Society for Infant Studies; 1998.
9. Olliac B, Crespin G, Lazni MC, Oussama CIEG, Sarradet JL, Colette B *et al.* Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. *PLoS ONE.* 2017; 12(12):e0188831
10. Klein VC, Putnam SP, Linhares MBM. Assessment of Temperament in Children: Translation of Instruments to Portuguese (Brazil). *Intera J Psych.* 2009; 43(3): 552-7.
11. Parlato-Oliveira E. Da relação binária ao jogo ternário: uma análise de um bebê e sua mãe. In: Busnel MC, Melgaço RG. O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê. São Paulo: Instituto Langage; 2013. p. 201-208.
12. Shonkoff JP. Protecting brains, not simply stimulating minds. *Science.* 2011;333(6045):982-3.
13. Shonkoff JP, Bales SN. Science does not speak for itself: Translating child development research for the public and its policymakers. *Child Development.* 2011;82(1):17-32.
14. Shonkoff, JP. Rethinking the Definition of EvidenceBased Interventions to Promote Early Childhood Development. *Pediatrics Originally.* Sep. 2017;16.

APÊNDICE A – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

A Sra. e o seu filho estão sendo convidados(as) para participar do estudo “O IMPACTO DO ULTRASSOM FETAL NA INTERAÇÃO COMUNICATIVA DA DÍADE MÃE-BEBÊ: UM ESTUDO LONGITUDINAL DO PRÉ NATAL AO PRIMEIRO ANO DE VIDA”, que tem como objetivo analisar as implicações e impactos das representações maternas na interação com o feto e posteriormente o desenvolvimento da interação comunicativa da díade mãe-bebê até o primeiro ano de vida.

Esta pesquisa se justifica por contribuir como fonte complementar aos estudos acadêmicos fonoaudiológicos e multidisciplinares. Este estudo pretende contribuir para uma maior compreensão das habilidades comunicativas comprometidas e poderá favorecer subsídios clínicos preventivos e eficazes. Servirá como ferramenta para o melhor direcionamento a respeito dos estágios adquiridos ou não pela criança, no que diz respeito à linguagem e à audição.

Para participar da pesquisa, será realizada inicialmente uma entrevista com a gestante e uma filmagem de um momento interativo seu com o feto. Depois, na fase pós-natal, serão realizadas em cada encontro duas avaliações fonoaudiológicas simples com a criança, sendo a 1ª - avaliação da audição (observação das respostas obtidas por meio de aparelhos auditivos e as reações comportamentais a estímulos emitidos de instrumentos musicais), e a 2ª - avaliação da linguagem (observação dos aspectos comunicativos). Posteriormente serão filmados momentos interativos da mãe com o seu bebê acompanhando o desenvolvimento da interação comunicativa da díade mãe-bebê.

A participação nesta pesquisa oferece risco mínimo, uma vez que o seu filho será submetido a avaliações indolores, não invasivas e que, portanto não apresentam risco à sua integridade física. A sua participação é voluntária e, deste modo, você pode se recusar a participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento sem que isso lhe traga qualquer constrangimento ou prejuízo em sua relação com os profissionais responsáveis pela avaliação.

A presente pesquisa oferece riscos de desconforto, constrangimentos e quebra de sigilo, no entanto os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo dos dados, mas existe a possibilidade de quebra de sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei.

As informações coletadas terão um caráter confidencial, podendo ser o resultado desta pesquisa divulgado em artigo de revista científica sem, no entanto, colocar em evidência a sua identidade, de seu filho e dos demais participantes. Os dados coletados serão destruídos após a publicação dos artigos.

Você não terá nenhum gasto, uma vez que as despesas serão pagas pelos pesquisadores. Caso deseje, em qualquer momento da pesquisa (antes, durante, ou após sua realização), você pode desistir e/ou entrar em contato com os pesquisadores pelos contatos descritos abaixo e, em caso de dúvidas sobre a ética do estudo, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, pelo telefone (31) 3409-4592.

Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Recomenda-se que guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Agradecemos à disponibilidade.

Atenciosamente.

Profª Erika Maria Parlato de Oliveira (Pesquisadora)

Tel.: (31) 9777.0722

Profª Lêni Márcia Anchieta (Pesquisadora)

Tel.: (31) 9952.1524

Vera Cristina Alexandre de Souza (Pesquisadora)

Tel. (31) 98716.0831

Baseado neste termo, eu, _____ CI
_____, órgão expedidor _____, aceito participar da pesquisa **O
IMPACTO DO ULTRASSOM FETAL NA INTERAÇÃO COMUNICATIVA DA
DÍADE MÃE-BEBÊ: UM ESTUDO LONGITUDINAL DO PRÉ NATAL AO
PRIMEIRO ANO DE VIDA**, em acordo com as informações acima expostas.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20__.

De acordo.

Pesquisadores:

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG - Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade
Administrativa II - 2º andar Campus sala 2005 Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil 31270-
901. Tel. (31) 3409-4592.

APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO PARA CAPTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGENS PESSOAIS

AUTORIZAÇÃO PARA CAPTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGENS PESSOAIS

Eu, _____,
 portador da Carteira de Identidade nº _____,
 CPF nº _____, residente e domiciliado à _____

 na cidade de _____, Estado de _____
 responsável legal pelo menor _____,
 nascido no Hospital das Clínicas, com registro nº _____,
 autorizo expressamente, ciente dos termos do inciso X, artigo 5º da Constituição Federal vigente, o
 uso das suas imagens televisas e fotográficas e de suas expressões pessoais gravadas por meios
 sonoros para fins específicos de estudos científicos nas universidades brasileiras e do exterior. Estou
 ciente dos riscos da pesquisa e que os áudios e vídeos produzidos serão armazenados sob sigilo e
 destruídos no prazo de cinco anos. Para tanto, assino a presente autorização em duas vias de igual
 forma e teor perante as testemunhas abaixo identificadas.

BELO HORIZONTE, ____ DE _____ DE 20____

 Assinatura responsável

Testemunha 1: _____

Identidade: _____

Testemunha 2: _____

Identidade: _____

APÊNDICE C – CARTA DE AUTORIZAÇÃO À INSTITUIÇÃO /CEMEFE

CARTA DE AUTORIZAÇÃO À INSTITUIÇÃO.

Ao Coordenador do Centro de Medicina Fetal /CEMEFE- HC/UFMG

Senhora Coordenadora Profª. Dra. Eura Martins Lage

Solicitamos a autorização da Instituição acima referida para desenvolver o Projeto de Pesquisa intitulado “**O IMPACTO DO ULTRASSOM FETAL NA INTERAÇÃO COMUNICATIVA DA DÍADE MÃE-BEBÊ: UM ESTUDO LONGITUDINAL DO PRÉ NATAL AO PRIMEIRO ANO DE VIDA**”. O objetivo deste estudo é em um primeiro momento verificar as implicações e o impacto das representações maternas na relação e desenvolvimento comunicativo do bebê. Em um segundo momento analisar o desenvolvimento de linguagem do bebê da primeira semana pós- natal ao primeiro ano de vida e ou aos doze meses de idade corrigida quando se tratar de prematuridade.

Todos os procedimentos serão realizados na instituição, individualmente, em uma sala à parte, em horário não prejudicial ao funcionamento e organização das consultas e atendimentos, sem quaisquer custos adicionais para essa instituição.

Este procedimento se dará mediante conhecimento e autorização prévia de cada gestante e ou responsável quando se tratar de menores de dezoito anos de idade.

Nós nos comprometemos a dar a devolutiva dos dados levantados pela pesquisa em todos os momentos.

Segue o projeto da pesquisa para apreciação.

Atenciosamente,

Vera Cristina Alexandre de Souza
Doutoranda no Programa de Saúde da
Criança e do Adolescente
Profª. Lêni Márcia Anchieta
Profª Erika Maria Parlato de Oliveira
Orientadoras

Assinatura do responsável pelo CEMEFÉ:

Eura Martins Lage



Data 08 / 10 / 15.

APÊNDICE D – CARTA DE AUTORIZAÇÃO À INSTITUIÇÃO /PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

CARTA DE AUTORIZAÇÃO À INSTITUIÇÃO.

Ao Coordenador do Pré-Natal de Risco Habitual- HC/UFMG

Senhor Coordenador Prof. Dr. Mário Dias Corrêa Júnior

Solicitamos a autorização da Instituição acima referida para desenvolver o Projeto de Pesquisa intitulado **“O IMPACTO DO ULTRASSOM FETAL NA INTERAÇÃO COMUNICATIVA DA DÍADE MÃE-BEBÊ: UM ESTUDO LONGITUDINAL DO PRÉ NATAL AO PRIMEIRO ANO DE VIDA”**. O objetivo deste estudo é em um primeiro momento verificar as implicações e o impacto das representações maternas na relação e desenvolvimento comunicativo do bebê. Em um segundo momento analisar o desenvolvimento de linguagem do bebê da primeira semana pós natal ao primeiro ano de vida e ou aos doze meses de idade corrigida quando se tratar de prematuridade.

Todos os procedimentos serão realizados na instituição, individualmente, em uma sala à parte, em horário não prejudicial ao funcionamento e organização das consultas e atendimentos, sem quaisquer custos adicionais para essa instituição.

Este procedimento se dará mediante conhecimento e autorização prévia de cada gestante e ou responsável quando se tratar de menores de dezoito anos de idade.

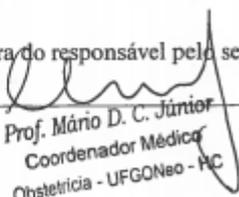
Nós nos comprometemos a dar a devolutiva dos dados levantados pela pesquisa em todos os momentos.

Segue o projeto da pesquisa para apreciação.

Atenciosamente,

Vera Cristina Alexandre de Souza
Doutoranda no Programa de Saúde da
Criança e do Adolescente
Profª. Lêni Márcia Anchieta
Profª Erika Maria Parlato de Oliveira
Orientadoras

Assinatura do responsável pelo serviço:


Prof. Mário D. C. Júnior
Coordenador Médico
Obstetrícia - UFGONeo - HC

Data 02 / 10 / 15

ANEXO A – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Impacto do Ultrassom Fetal na Interação Comunicativa da Díade Mãe-Bebê: Um Estudo Longitudinal do Pré-Natal ao Primeiro Ano de Vida.

Pesquisador: Erika Maria Parlato de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54879816.0.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.568.965

Apresentação do Projeto:

Resumo do projeto de pesquisa anexado a plataforma: "Introdução: A criança fará suas primeiras aquisições e receberá influências importantes no ambiente familiar, desde o período gestacional. A família é vista como o primeiro núcleo social e o principal vínculo da criança, exercendo papel fundamental em seu crescimento e desenvolvimento, à medida que propicia um ambiente estimulador de interações e relações saudáveis desde a gravidez, principalmente durante o último trimestre, que é uma etapa onde se observa que existem momentos de "conversas" entre mãe e feto (COHEN et al, 2011). Esta linguagem inicial da mãe para com seu feto é importante enquanto estruturante das representações que ela tem sobre seu futuro bebê e, posteriormente, as influências destas representações sobre o desenvolvimento da linguagem do bebê. Este estudo considera que o impacto dos acontecimentos do período pré-natal nas representações maternas e conseqüentemente na relação da díade mãe-bebê merecem atenção especial, principalmente quando se pretende analisar as habilidades comunicativas da criança. Objetivo: Investigar o impacto das representações maternas na interação com o feto e posteriormente o desenvolvimento interativo do bebê até o primeiro ano de vida ou doze meses de idade corrigida nos casos de prematuridade. Métodos: Trata-se de um estudo longitudinal observacional do acompanhamento do desenvolvimento da interação comunicativa (do comportamento interativo)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/ 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.568.965

da díade mãe-bebê desde a fase gestacional até o primeiro de vida do bebê. Participarão do estudo cinquenta gestantes primíparas que devem estar no terceiro trimestre gestacional, ou seja, a partir da vigésima quinta semana gestacional, escolhidas aleatoriamente, sendo que serão divididas em dois grupos. Um grupo estudo com vinte cinco gestantes com ultrassonografia positiva para malformação fetal do tipo Uropatias, Gastrosquises ou Onfaloceles com cariótipo normal¹ assistidas no centro de medicina fetal CEMEFE do Hospital das Clínicas da Universidade de Minas Gerais e um grupo controle com vinte cinco gestantes pertencentes ao Pré-Natal de Risco Habitual do Hospital das Clínicas da Universidade de Minas Gerais. Serão analisadas as habilidades e sinais comunicativos da díade em três momentos onde em cada um favorecerá um tipo de intermediação como a utilização de um objeto/brinquedo, uma cantiga cantada pela mãe e o manhês. Com o propósito de verificar o tipo de intermediação que mais favoreça o comportamento interativo e analisar-se-ão as variáveis relevantes comparando-se os dois grupos. Espera-se destacar e classificar quantitativamente e/ou qualitativamente as habilidades comunicativas supostamente comprometidas por um período de maior vulnerabilidade materna, ou seja, vínculo mãe-bebê fragilizado, gestantes com fetos malformados e as habilidades comunicativas observadas em vínculos mãe-bebê mais fortalecidos. Desta forma conclui-se que os resultados contribuirão para uma melhor compreensão cada vez mais precoce dos problemas de linguagem, assim como possibilitarão suscitar condutas preventivas e intervencionistas com os bebês na assistência à puericultura, terapêutica e educacional."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar as implicações e impactos das representações maternas na interação com o feto e posteriormente o desenvolvimento interativo/comunicativo do bebê até o primeiro ano de vida. **Objetivo Secundário:** Objetivos específicos: • Reconhecer e compreender o mais precocemente os recursos comunicativos do bebê e os fatores que podem interferir no desenvolvimento quando em condições mais vulneráveis. • Analisar comparativamente entre os dois grupos (estudo e controle) os recursos comunicativos utilizados nas interações comunicativas das díades. • Avaliar o desenvolvimento da audição e da linguagem das crianças. • Analisar a relação entre o desenvolvimento auditivo e de linguagem. • Identificar precocemente sinais sugestivos de comprometimento da interação comunicativa da díade mãe-bebê.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios inseridos na plataforma: "A presente pesquisa oferece riscos de desconforto, constrangimento e quebra de sigilo, no entanto os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SII 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.588.965

dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo dos dados. Por ser uma pesquisa de avaliação (observacional e longitudinal), não indolor e não invasiva, não apresenta riscos à integridade física dos participantes. Benefícios: Os benefícios relacionam-se ao conhecimento do comportamento interativo comunicativo da díade e à prevenção dos problemas decorrentes das alterações na interação da díade.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa relevante para a área da saúde. Previsão de término em 28/06/2019. As solicitações do COEP foram atendidas: foram descritos os riscos da pesquisa. O pedido de autorização de imagem foi anexado separado do TCLE em outro documento. Foi descrito no projeto quanto tempo os vídeos ficarão armazenados. Anexado somente o TCLE que vai ser utilizado, em formato de convite, com os ajustes do texto, inclusive indicando que a participante receberá uma via assinada e especificado que o coep poderá ser acessado no caso de dúvidas éticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados os seguintes documentos a plataforma: informações básicas do projeto, projeto, TCLE, modelo de autorização, carta ao COEP, declaração GEPE, carta de autorização e aprovação da GO.

Recomendações:

Recomenda-se aprovação do projeto de pesquisa. Gentileza acrescentar ao TCLE o email e endereço das pesquisadoras e o email do COEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação do projeto "O Impacto do Ultrassom Fetal na Interação Comunicativa da Díade Mãe-Bebê: Um Estudo Longitudinal do Pré-Natal ao Primeiro Ano de Vida. da pesquisadora responsável Profa. Dra. Erika Maria Parlato de Oliveira”

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 1.588.985

pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_679427.pdf	31/05/2016 00:16:55		Aceito
Outros	Scan0047.pdf	31/05/2016 00:16:08	Erika Maria Parlato de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Scan0046.pdf	31/05/2016 00:11:30	Erika Maria Parlato de Oliveira	Aceito
Outros	Scan0044.pdf	30/05/2016 23:52:42	Erika Maria Parlato de Oliveira	Aceito
Outros	Scan0045.pdf	30/05/2016 23:51:09	Erika Maria Parlato de Oliveira	Aceito
Outros	Scan0034.pdf	05/04/2016 22:22:06	Erika Maria Parlato de Oliveira	Aceito
Outros	Scan0033.pdf	05/04/2016 22:21:09	Erika Maria Parlato de Oliveira	Aceito
Outros	Scan0032.pdf	05/04/2016 22:16:08	Erika Maria Parlato de Oliveira	Aceito
Outros	Scan0031.pdf	05/04/2016 22:14:10	Erika Maria Parlato de Oliveira	Aceito
Outros	Scan0030.pdf	05/04/2016 22:12:33	Erika Maria Parlato de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Scan0029.pdf	05/04/2016 22:08:09	Erika Maria Parlato de Oliveira	Aceito
Outros	Scan0026.pdf	05/04/2016 22:01:57	Erika Maria Parlato de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Scan0028.pdf	05/04/2016 21:59:20	Erika Maria Parlato de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Scan0025.pdf	05/04/2016 21:55:04	Erika Maria Parlato de Oliveira	Aceito
Outros	548798160aprovacao.pdf	02/06/2016 13:39:59	Telma Campos Medeiros Lorentz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.588.985

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 01 de Junho de 2016

Assinado por:
Telma Campos Medeiros Lorentz
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B – DECLARAÇÃO - COEP/PESQUISA COM SERES HUMANOS/GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA/HC-UFGM/ (ASSINATURA: MÁRCIA PACHECO DA MOTA)



**Universidade Federal de Minas Gerais
Hospital das Clínicas
Gerência de Ensino e Pesquisa**



DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de comprovação no Comitê de Ética e pesquisa em seres humanos – COEP/UFMG que o projeto de pesquisa intitulado, “O impacto do ultrassom fetal na interação comunicativa da díade Mãe-Bebê: Um estudo longitudinal do pré-natal ao primeiro ano de vida”, sob responsabilidade da Professora Érika Parlato de Oliveira, foi recebido na Gerência de Ensino e Pesquisa/HC-UFGM, para registro e avaliação.

Belo Horizonte, 03 de março de 2016.

Márcia Pacheco da Mota

Secretária da Gerência de Ensino e Pesquisa

HC-UFGM/EBSERH

**UM MOSQUITO NÃO É MAIS FORTE
QUE UM PAÍS INTEIRO.
#ZikaZero**



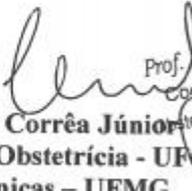
**ANEXO C – UNIDADE FUNCIONAL GINECOLOGIA, OBSTETRÍCIA E
NEONATOLOGIA (ASSINATURAS: PROF. MÁRIO D. C. JÚNIOR-
COORDENADOR MÉDICO, GERENTE: DENISE DE FÁTIMA TORRES/
02.10.2015)**

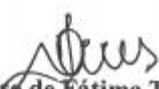


A Unidade Funcional Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia têm como parecer favorável, à realização do Projeto de Pesquisa intitulado “**O IMPACTO DO ULTRASSOM FETAL NA INTERAÇÃO COMUNICATIVA DA DÍADE MÃE-BEBÊ: UM ESTUDO LONGITUDINAL DO PRÉ NATAL AO PRIMEIRO ANO DE VIDA**”, nesta Unidade Funcional.

Reiteramos que a sua realização será liberada por essa Unidade Funcional desde que não haja custos para Unidade Funcional da Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia.

Belo Horizonte, 02 de outubro 2.015.


Prof. Mário D. C. Júnior
Coordenador Médico
Obstetrícia - UFGONeo - HC
Prof. Mário Dias Corrêa Júnior
Coordenador Médico da Obstetrícia - UFGONeo
Hospital das Clínicas – UFMG


Denise de Fátima Torres
Insc. 12129-0
Gerente UFGONeo - HC
Denise de Fátima Torres
Gerente Unidade Funcional Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia.
Hospital das Clínicas – UFMG

**ANEXO D – UNIDADE FUNCIONAL GINECOLOGIA, OBSTETRÍCIA E
NEONATOLOGIA (ASSINATURA: PROFA. MARIA CÂNDIDA FERRAREZ
BOUZADA VIANA/ 22.10.2015)**

Faculdade de Medicina/ UFMG/EBSERH



Hospital das Clínicas
Universidade Federal de Minas Gerais

Unidade Funcional Ginecologia/Obstetrícia/ Neonatologia-Hospital das Clínicas

PARECER Nº 6/2015

Interessados: Fga. Vera Cristina Alexandre de Souza

Profa. Lêni Márcia Anchieta

Título: O impacto do ultrassom fetal na interação comunicativa da díade mãe-bebê: um estudo longitudinal do pré-natal ao primeiro ano de vida

Objetivo: Analisar as implicações e o impacto das representações maternas na relação e o desenvolvimento comunicativo do bebê.

Metodologia: Trata-se de um estudo prospectivo, caso controle, observacional em que a díade (mãe e filho) dos dois grupos, grupo com fetos/bebês malformados e grupo com fetos/bebês sem malformações serão acompanhados para avaliar a incidência (risco) de alterações no desenvolvimento comunicativo nos dois grupos. A amostra será de 50 díades mãe-filho. Os critérios de exclusão estão descritos. Não há Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Mérito: O estudo é importante, pois permitirá um melhor conhecimento sobre o desenvolvimento das habilidades comunicativas da criança, pois este comportamento comunicativo pode ser sinal de risco para distúrbios de linguagem e autismo.

Parecer: Somos pela aprovação e sugerimos que este projeto seja submetido à Coordenação do ACRIAR, pois os recém-nascidos pré-termos serão acompanhados neste local. O cronograma tem que ser revisto e acrescentar o TCLE.

Belo Horizonte, 22 de outubro de 2015

Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

**ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA/
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA (ASSINATURAS: PROFA. ANDRÉA
RODRIGUES MOTTA E PROFA. PATRÍCIA COTTA MANCINI)**



PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA

Projeto: O impacto do ultrassom fetal na interação comunicativa da díade mãe-bebê: um estudo longitudinal do pré-natal ao primeiro ano de vida

Pesquisadores Responsáveis: Profa. Erika Parlato de Oliveira de Oliveira – Departamento de Fonoaudiologia, Profa. Lêni Márcia Anchieta – Departamento de Pediatria, Fga. Vera Cristina Alexandre de Souza

Início da pesquisa: Após aprovação do COEP

Termino da pesquisa: outubro de 2019

1) Histórico

O projeto interdepartamental intitulado “O IMPACTO DO ULTRASSOM FETAL NA INTERAÇÃO COMUNICATIVA DA DÍADE MÃE-BEBÊ: UM ESTUDO LONGITUDINAL DO PRÉ-NATAL AO PRIMEIRO ANO DE VIDA” me foi entregue na reunião da Assembléia do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFMG para análise e elaboração de parecer substanciado.

2) Projeto

Objetivos:

Objetivo Geral: Analisar as implicações e impactos das representações maternas na interação com o feto e posteriormente o desenvolvimento interativo/comunicativo do bebê até o primeiro ano de vida.

Objetivos Específicos:

1. Reconhecer e compreender o mais precocemente os recursos comunicativos do bebê e os fatores que podem interferir no desenvolvimento quando em condições mais vulneráveis.
2. Analisar comparativamente entre os dois grupos (gestantes com fetos malformados e gestantes com fetos normais) os recursos comunicativos utilizados nas interações comunicativas das díades.
3. Avaliar o desenvolvimento da audição e da linguagem das crianças.
4. Analisar a relação entre o desenvolvimento auditivo e de linguagem.
5. Identificar precocemente sinais sugestivos de comprometimento da interação comunicativa da díade mãe-bebê.

Metodologia:

Trata-se de um estudo prospectivo observacional em que 50 díades mãe-bebê de dois grupos (25 fetos previamente diagnosticados com malformação fetal para uropatias, gastrosquise e onfalocele sem malformações associadas, com cariótipos normais e 25 gestantes, primigestas, sem diagnóstico de malformação fetal) serão acompanhados para avaliar alterações no desenvolvimento comunicativo.

As gestantes dos dois grupos serão selecionadas inicialmente por meio do levantamento de dados do “Instituto Jenny de Andrade Faria” (Atenção à Saúde do Idoso e da Mulher) HC/UFMG. Posteriormente serão convidadas a participarem durante as consultas previamente agendadas de acompanhamento pré-natal e ingressarão no estudo após concordância e assinatura do TCLE. Serão agendados encontros na fase gestacional (25ª semana), com uma semana pós-natal e com dois, quatro, seis, nove e doze meses de idade.

Na fase gestacional será aplicado o questionário “Irmag-R echelle” de avaliação das representações maternas – IRMAG: “Interview pour les représentations maternelles pendant la grossesse”(Ammaniti, Pola, Tambelli, 1999). A partir das respostas ao questionário duas escalas serão analisadas: 1) Escala de Gravidade de Depressão - “Echelle de Gravite de La Depression de Raskin” (Raskin, Crook, 1999) e 2) Escala de Gravidade de Ansiedade - “Echelle de Gravite de L’Anxiete de Covi”(Covi, 1999). Estas entrevistas serão filmadas ou registradas em áudio.

Nesta fase, como nas demais após o nascimento, serão analisadas as habilidades comunicativas da díade mãe-bebê em três momentos com duração de três minutos cada. Cada momento favorecerá um tipo de intermediação como a utilização de um objeto/brinquedo, uma cantiga cantada pela mãe e o uso do “manhês”. As interações serão filmadas e analisadas utilizando-se o 1) “Método de Codificação do Comportamento Interativo” – CIB (Viaux e col., 2013); 2) Software “ELAN” (EUDICO Linguistic Anotador); 3) Software “Optical flow”. 4) “Escala Gedon” (Grille d’évaluation du dialogue adulte –nourrisson).

Nesses encontros as crianças passarão também por uma avaliação de linguagem empregando-se: 1) Protocolo de avaliação de linguagem adaptado por Parlato e col., 2012; 2) Escala de Aquisições Iniciais de Linguagem –Escala ELM (Coplan, 1993) e avaliação do desenvolvimento auditivo por meio da observação dos exames audiológicos já realizados periodicamente 1) Emissões otoacústicas - “teste da orelhinha” e 2) Observação do Comportamento Auditivo (AZEVEDO, 1995).

Análise dos Dados:

Os dados coletados (imagens e áudio das díades mães-bebês) serão analisados por meio de programas específicos para o tratamento de vocalizações, movimentos, expressões da mãe e do bebê. Em seguida os resultados apurados serão lançados em planilha Excel para posterior análise. Serão calculadas as médias, o respectivo desvio padrão e o coeficiente de variação para cada variável estudada. Em seguida, será conduzida uma comparação entre os grupos utilizando-se a análise de variância (Teste F e Fisher-Snedecor). O nível de significância utilizado será de 5% ($p < 0,05$).

Riscos e Benefícios:

A realização da pesquisa não representa risco direto aos sujeitos, há apenas o constrangimento com as filmagens realizadas. Os participantes poderão ser beneficiados, na medida em que a pesquisa permitirá o desenvolvimento de condutas de avaliação, prevenção e intervenção no campo da comunicação humana.

Os pesquisadores se comprometem a manter sigilo sobre os dados, assegurando aos sujeitos o anonimato das informações.

Despesas:

Todas as despesas com a realização da pesquisa, previstas ou não, serão de responsabilidade dos pesquisadores, não havendo ônus para os participantes.

Termo de consentimento livre e esclarecido:

A participação está condicionada à concordância do sujeito e assinatura do TCLE. A linguagem utilizada é simples e acessível, permitindo a compreensão dos procedimentos e etapas da pesquisa, assim como o entendimento sobre a possibilidade de desistência da participação na pesquisa em qualquer fase, sem que haja prejuízo aos participantes, inclusive no que se refere à continuidade do atendimento realizado no Hospital das Clínicas/UFMG.

Documentos apresentados:

A documentação apresentada encontra-se completa, constando de: projeto de pesquisa, modelo de TCLE, autorizações.

3) Mérito

O projeto é relevante, exequível e encontra-se bem delineado. O estudo pode contribuir para compreensão sobre o desenvolvimento das habilidades comunicativas da criança.

4) Voto

Sou favorável à aprovação do projeto, salvo melhor juízo.



Andréa Rodrigues Motta
Professora Adjunta do Departamento de Fonoaudiologia
Faculdade de Medicina/UFMG



Prof. Patrícia Cotta Mancini
Chefe do Departamento
de Fonoaudiologia
Matrícula: 185247

Aprovado em reunião da Assembleia Departamental do dia **03/12/2015**

ANEXO F – IRMAG – ENTREVISTA PARA AS REPRESENTAÇÕES MATERNAS DURANTE A GRAVIDEZ (VERSÃO EM PORTUGUÊS)

IRMAG: Entrevista para representações maternas durante a gravidez

I / Como a mulher organiza e comunica sua experiência em uma estrutura narrativa

1) << Conte-me a história da sua gravidez >>

Como você se sentiu, como você lidou com isso?

II / O desejo de maternidade na história pessoal da mulher e na história do casal (como esse desejo nasceu na história da mulher e a partir desse momento particular do ciclo de vida, se ele (desejo) se relaciona à função materna e /ou a importância que ela (mãe) atribui à criança)

2) << Por que uma criança justamente neste momento em sua vida? >>

Possivelmente, complete com:

- ___ criança programada ou chegou por acaso;
- ___ Há quanto tempo foi programado?
- ___ decisão do casal ou do indivíduo;
- ___ dificuldades de fertilização;
- ___ abortos / abortos espontâneos.

III / Emoções pessoais, o casal e a família anunciam a gravidez

3) << Como você se sentiu quando soube que estava grávida? >>

- ___ Data e circunstância;
- ___ Com quem você contou sobre isso (parceiro / marido, mãe, namoradas, etc.)?

4) << Como as notícias foram recebidas? >>

- ___ Pelo parceiro / marido: reagentes emocionais e físicos, semelhança ou diferença de suas próprias reações;
- ___ pela família de origem, a família por casamento, por outras pessoas.

IV / Emoções e mudanças durante a gravidez na vida do indivíduo, do casal e da família (emoções em relação a mudanças específicas e em relação ao estado emocional geral)

5) << Como você sentiu e como sua vida mudou durante a gravidez? >> (estado emocional geral e mudanças gerais)

- << E quanto ao seu parceiro? >>
- ___ Exemplos.

6) << A gravidez afetou seus hábitos, atividades e ritmo de trabalho? >>

- << E quanto ao seu parceiro? >>

- 7) << Você sente que a relação com seu parceiro mudou e como?
___ Hábitos (exemplos);
___ Diminuição ou aumento de conflitos;
___ Vida sexual;
___ Como o parceiro atua em relação a você (protetor, recusa);
- 8) << Como o relacionamento com o seu parceiro mudou e como?
___ Estado da mente (proteção, destacamento), mudanças antes / durante a gravidez;
___ Hábitos (exemplos), mudanças antes / durante a gravidez.
- 9) << Quando você notou os primeiros movimentos em seu corpo? >>
___ Suas reações, as do parceiro, as diferenças entre os dois.
- 10) << Quando você começou a usar roupas pré-natais? >>
___ Sentimentos que sentiu;
___ Reações do parceiro
- 11) "Houve algum momento emocional especial durante a gravidez? >>
___ Necessidade / falta de apoio, surpresa, preocupada, ofendida;
___ Medos específicos;
___ Gravidez ou recorrência recorrente.
<< Como você enfrentou estes estados de ânimo? >>
___ Você falou com alguém sobre isso
<< Como seu parceiro reagiu emocionalmente à gravidez? >>
___ Concorrência, ciúme, inveja, falta de interesse, medos, etc.
___ Exemplos.
- 12) "Conversamos juntos sobre a história da sua gravidez, existem aspectos positivos ou negativos sobre os quais não falamos? >>
- 13) << Você fez os exames médicos e os exames de gravidez? >>
___ Você os fez regularmente;
___ Está preocupado com isso, quais foram os resultados?
___ Você os faz em uma estrutura pública ou em uma propriedade privada;
___ Você consultou vários médicos;
___ Quem o acompanha normalmente:
___ Curso de preparação para o parto;
___ Problemas de gravidez (náuseas, vômitos, ganho de peso, prisão de ventre, constipação / diarreia, alterações do sono);
- 14) << Como você imagina o parto? >>

V / Percepções, emoções positivas e negativas, fantasias maternas e paternas: espaço da criança interior

15) "Como você se sentiu quando percebeu que havia uma criança em você?"

<< Isso aconteceu durante os primeiros movimentos do feto? >>

___ Que mês.

<< É uma criança que se move muito ou um pouco? >>

___ Em que circunstâncias?

___ Qual é a sua interpretação (relação com o temperamento da mãe ou estado de espírito);

___ Exemplos.

16) << Como você imagina seu filho? >>

___ Sexo, características físicas e caráter.

<< Como você imagina seu tutor? >>

17) << Você acha que já existe uma relação entre você e a criança? Como você descreve esse relacionamento? >>

___ Você e seu marido às vezes falam com a criança ou lhe chamam de um nome afetivo, carinhoso;

___ Exemplos;

18) "Você sonhou com seu filho?"

___ Como foi, em que ocasião, quando foi repetido

19) << Você o viu no ultra-som? >>

___ Quando foi repetido?

___ Como você pareceu?

___ Descrição da criança.

20) << Você já escolheu um nome? >>

___ Quem escolheu, como, é o nome de alguém na família? >>

21) << O que você preparou para a criança? >>

___ Vestuário, quarto, berço;

___ Alguém o ajudou, quem.

22) "Falamos sobre seu filho juntos, existem características positivas ou negativas sobre as quais não falamos"?

VI / Perspectiva temporal, expectativas futuras (parto, filho, sua função e suas capacidades, pai, organização da vida, estilo materno, convicções sobre a competência / incompetência da criança)

23) << Você já pensou como será a criança? >>

___ Como você gostaria que ele fosse durante os primeiros meses?

<< Seu parceiro, como ele gostaria que ele fosse?

<< Como você não quer que ele seja? e seu parceiro?

24) << Você já se preocupa em pensar sobre a saúde da criança? >> (no nascimento e durante os primeiros meses) 25) "O que você acha que seu filho precisará nos primeiros meses?" 25) "O que você acha que seu filho precisará nos primeiros meses?"

25) "O que você acha que seu filho precisará nos primeiros meses?"

26) << Nós conversamos sobre como seu filho será, existem algumas características positivas ou negativas de que não falamos? >>

27) << (Administrar a escala 1 das características individuais da criança) << Vou mostrar-lhe uma lista de características descritivas da criança que você espera. Eles foram colocados de forma a fornecer características opostas (por exemplo, ativo / passivo), e há uma linha que permite que todos os graus possíveis sejam definidos entre um caracter e o outro. Você deve colocar uma cruz sobre o ponto que de acordo com você descreve melhor a criança que você espera. >>

28) << Existem características de sua família e de seu parceiro que você ama ou não gosta para seu filho? >>

29) "Existe alguma característica positiva ou negativa de que não falamos?"

30) << (Administrar as escalas 2 e 3 das características individuais da mãe e do pai da criança) << Esta é uma lista de características para descrevê-lo como pessoa, você pode preenchê-lo da mesma maneira do que o anterior? >>

31) << Que tipo de mãe você acha que será nos primeiros meses? >>

<< Que tipo de mãe você não quer ser? >>

__ Como você está amamentando (mama ou bebe) e por quê? 31) << Que tipo de mãe você acha que será nos primeiros meses? >>

<< Que tipo de mãe você não quer ser? >>

__ Como você está amamentando (mama ou bebe) e por quê?

32) << Você acha que tem que se acostumar a dormir, por exemplo, nos primeiros dias ou você acha melhor encontrar o seu próprio ritmo? >>

33) << Após o nascimento, você acha que alguém irá ajudá-lo? >>

__ Por quem;

__ Quando você volta ao trabalho?

34) "Falamos sobre como você será como mãe, há características positivas ou negativas de que não falamos? >>

35) (Administrando a escala 4 das características maternas de você) << Esta lista possui características para descrever como você sente que será como mãe; preencha-o como os anteriores. >>

VII / Perspectiva histórica em relação ao passado da mãe

36) << Como você estava quando era criança? >>

___ Aspecto, temperamento, hábitos (durante o primeiro ano).

37) << Como foi o relacionamento que você teve com seus pais quando era criança? >>

___ Descrição do relacionamento com sua mãe;

___ Descrição do relacionamento com seu pai;

___ Exemplos.

38) "Falamos sobre sua mãe, existem características positivas ou negativas sobre as quais não falamos"?

39) << (Administrar Escala 5 de Características maternas de sua própria mãe) << Esta última lista tem características pelas quais você pode descrever sua mãe durante sua infância. >>

40) << Como você acha que sua mãe se parecerá com seu filho?

41) << Existe algo que eu não perguntei e gostaria de dizer? >>

**IRMAG – “Interview pour lès représentations maternelles pendant la grossesse”
(VERSÃO EM FRANCÊS)**

**IRMAG :
Interview pour les représentations maternelles pendant la grossesse**

I/COMMENT LA FEMME ORGANISE ET COMMUNIQUE SON EXPÉRIENCE DANS UNE STRUCTURE NARRATIVE

1) « Racontez-moi l’histoire de votre grossesse »

- comment vous êtes vous sentie, l’avez-vous affrontée ?

II/LE DÉSIER DE MATERNITÉ DANS L’HISTOIRE PERSONNELLE DE LA FEMME ET DANS L’HISTOIRE DU COUPLE

(comment ce désir est né dans l’histoire de la femme et à ce moment particulier du cycle vital, s’il se rapporte au rôle maternel et/ou à l’importance qu’elle attribue à l’enfant).

2) « Pourquoi un enfant justement à ce moment de votre vie ? »

Eventuellement compléter avec :

- Enfant programmé ou arrivé par hasard
- Depuis combien de temps a-t-il été programmé ?
- Décision du couple ou individuelle ?
- Difficulté de fécondation ?
- Avortement/fausses couches ?

III/ ÉMOTIONS PERSONNELLES, DU COUPLE ET DE LA FAMILLE A L’ANNONCE DE LA GROSSESSE

3) « Qu’avez-vous ressenti lorsque vous avez appris que vous étiez enceinte ? »

___ Date et circonstance ;

___ Avec qui en avez-vous parlé (partenaire/mari, mère, amies, etc.) ?

4) « Comment la nouvelle a-t-elle été accueillie ? »

___ Par le partenaire/mari : réactions émotionnelles et physiques, similité ou différence par rapport à vos propres réactions ;

___ Par la famille d’origine, la famille par alliance, par d’autres personnes.

IV/ ÉMOTIONS ET CHANGEMENTS AU COURS DE LA GROSSESSE DANS LA VIE PERSONNELLE, DU COUPLE ET PAR RAPPORT AUX FAMILLES (émotions par rapport à des changements spécifiques et relativement à l’état émotif général)

5) «Qu’avez-vous ressenti et de quelle façon votre vie a-t-elle changé pendant la grossesse? » (état émotif général et changements généraux)

« Et en ce qui concerne votre partenaire ? ? »

___ Exemples.

6) « La grossesse a-t-elle influencé vos habitudes, vos activités et vos rythmes de travail ? »

« Et en ce concerne votre partenaire ? »

___ Exemples.

7) « Estimez-vous que le rapport avec votre partenaire a changé et de quelle façon ? »

- ___ Habitudes (Exemples) ;
- ___ Diminution ou augmentation des conflits ;
- ___ Vie sexuelle ;
- ___ La façon dont le partenaire agit envers vous (protecteur, refusant).

8) « Comment va la relation avec votre mère en cette période ? »

- ___ États d'âme (protection, détachement), changements avant/pendant la grossesse ;
- ___ Habitudes (exemples) , changements avant/pendant la grossesse ;

9) « A quel moment avez-vous remarqué les premiers changements dans votre corps ? »

___ Vos réactions, celles du partenaire, différences entre les deux.

10) « Quand avez-vous commencé à porter des vêtements prémaman ? »

- ___ Les sensations que vous avez ressenties ;
- ___ Réactions du partenaire ;

11) « Y a-t-il eu des moments d'émotions particulière pendant la grossesse ? »

- ___ Besoin de / absence de soutien , surprise, préoccupée, offensée ;
- ___ Peurs spécifiques ;
- ___ Rêves relatifs à la grossesse ou récurrents.

« Comment avez-vous affronté ces états d'âme ? »

___ Vous en avez parlé avec quelqu'un .

« De quelle façon votre partenaire a-t-il réagi émotionnellement à la grossesse ? »

- ___ Compétition, jalousie, envie, manque d'intérêt , peurs , etc ;
- ___ Exemples.

12) « Nous avons parlé ensemble de l'histoire de votre grossesse , y a-t-il des aspects positifs ou négatifs dont nous n'avons pas parlé ? » (pause d'autoréflexion)

13) « Avez-vous fait les visites médicales et les examens de contrôle de la grossesse ? »

- ___ Vous les avez faits régulièrement ;
- ___ Vous êtes préoccupée à ce propos, quels en ont été les résultats ;

- ___ Vous les faites auprès d'une structure publique ou bien chez un privé ;
- ___ Vous avez consulté plusieurs médecins ;
- ___ Qui vous accompagne normalement ;
- ___ Cours de préparation à l'accouchement ;
- ___ Problèmes de la grossesse (nausées, vomissements, prise de poids, envies, constipation/diarrhée, altérations du sommeil).

14) « Comment imaginez-vous l'accouchement ? »

- ___ On vous a déjà raconté quelque chose ;
- ___ Qui aimeriez-vous avoir auprès de vous.

V/PERCEPTIONS, ÉMOTIONS POSITIVES ET NÉGATIVES, FANTAISIES
MATERNELLES ET PATERNELLES : ESPACE DE L'ENFANT INTÉRIEUR

15) «Qu'avez-vous ressenti lorsque vous vous êtes rendu compte qu'il y avait un enfant en vous?»

« Est-ce arrivé lors des premiers mouvements fœtaux?»

___ A quel mois?

« Est-ce un enfant qui bouge beaucoup ou peu ? »

___ Dans quelles circonstances ?

___ Quelle en est votre interprétation (rapport avec le tempérament ou avec l'état d'âme de la mère) ;

___ Exemples.

16) « Comment imaginez-vous votre enfant ? »

___ sexe, caractéristiques physiques et caractère

« Comment l'imagine votre partenaire ? »

17) « Estimez-vous qu'il y a déjà une relation entre vous et votre enfant ? Comment décririez-vous cette relation ? »

___ Vous et votre mari parlez parfois à l'enfant ou l'appellez d'un nom affectueux ?

___ Exemples.

18) «Avez-vous rêvé de votre enfant?»

___ Comment était-il, à quelle occasion, quand cela s'est-il répété?

19) «L'avez-vous vu à l'échographie?»

___ Quand cela s'est-il répété (?)

___ Comment vous a-t-il paru ;

___ Description de l'enfant .

20) « Avez-vous déjà choisi un prénom ? »

___ Qui l'a choisi , comment, est-ce nom de quelqu'un de la famille.

21) « **Qu'avez-vous préparé pour l'enfant ?** »

- ____ Vêtements , chambre, berceau ;
 ____ Quelqu'un vous a aidé, qui.

22) « **Nous avons parlé ensemble de votre enfant , y a-t-il des caractéristiques positives ou négatives dont nous n'avons pas parlé ?** »

VI / PERCEPTIONS, ÉMOTIONS POSITIVES ET NÉGATIVES VIS À VIS DE L'ÉCHOGRAPHIE ET DU DISCOURS DE L'ÉCHOGRAPHE.

- Récit de l'échographie
- Qu'avez-vous vu ?
- L'enfant bougeait-il beaucoup ? peu ?
- Que signifie pour vous cette image ? (réalité, décalage...)
- Comment avez-vous perçu le comportement de l'échographe ?, son discours ?

Q : «Avez-vous choisi un prénom?»

- qui l'a choisi, comment, est-ce un nom de quelqu'un de la famille ?

Q : «Qu'avez-vous préparé pour l'enfant?»

- vêtements, chambre, berceau
- quelqu'un vous a aidé? qui?

Q : «Nous avons parlé ensemble de votre enfant, y a t il des caractéristiques positives ou négatives dont nous n'avons pas parlé?»

VII/ PERSPECTIVE TEMPORELLE, EXPECTATIVES FUTURES (accouchement, enfant, votre fonction et vos capacités, père, organisation de la vie, style maternel, convictions sur la compétence/incompétence de l'enfant)
--

Q : «Vous arrive-t-il de penser comment sera l'enfant?»

- ____ Comment voudriez-vous qu'il soit pendant les premiers mois?

Q : «Votre partenaire, comment voudrait-il qu'il soit?»

Q : «Comment ne voudriez-vous pas qu'il soit? Et votre partenaire?»

Q : «Vous arrive-t-il de vous faire du soucis en pensant à l'état de santé de l'enfant» (à la naissance et pendant les premiers mois)

Q : «De quoi pensez-vous que votre enfant aura-t-il besoin pendant ses premiers mois?»

Q : «Nous avons parlé de comment sera votre enfant, y a-t-il des caractéristiques positives ou négatives dont nous n'avons pas parlé»

Echelle 1 des caractéristiques individuelles de l'enfant.)

Q : «Je vais vous montrer une liste de caractéristiques descriptives de l'enfant que vous attendez. Elles sont disposées de façon à proposer des caractéristiques opposées (p.e. actif/passif), et une ligne permet de définir tous les degrés possibles entre l'un et l'autre caractère. Vous devez mettre une croix sur le point qui selon vous décrit le mieux l'enfant que vous attendez.»

Q : «Y a-t-il des caractéristiques de votre famille et de celle de votre partenaire que vous aimeriez ou n'aimeriez pas pour votre enfant?»

Q : «Y a-t-il des caractéristiques positives ou négatives dont nous n'avons pas parlé?»

(administrer les échelles 2,3 des caractéristiques individuelles de la mère et du père de l'enfant.) «ceci est une liste de caractéristiques pour vous décrire en tant que personne, pouvez-vous la remplir de la même façon que la précédente?»

Q : «Pouvez-vous remplir cette feuille comme la précédente afin de donner une description de votre partenaire?»

Q : «Quel genre de mère estimez-vous que vous serez pendant les premiers mois?»

Q : «Quel genre de mère voudriez-vous pas être?»

Q : « Comment allez-vous allaiter (sein ou biberon) et pourquoi? »

Q : «Pensez-vous qu'il faut habituer l'enfant, à un rythme de sommeil par exemple, dès les premiers jours ou estimez-vous qu'il vaut mieux qu'il trouve son propre rythme tout seul?»

Q : «Après la naissance pensez-vous vous faire aider par quelqu'un?»

par qui?

quand pensez-vous reprendre votre travail?

Q : «Nous avons parlé de comment vous serez en tant que mère, y a-t-il des caractéristiques positives ou négatives dont nous n'avons pas parlé»

(Administrer l'échelle 4 des caractéristiques maternelles de soi)

Q : «Cette liste représente des caractéristiques pour décrire comment vous estimez que vous serez comme mère ; SVP remplissez là comme les précédentes»

VII/PERSPECTIVE HISTORIQUE PAR RAPPORT AU PASSÉ DE LA MÈRE

36) « Comment étiez-vous quand vous étiez enfant ? »

___ Aspect , tempérament , habitudes, (pendant la première année).

37) « Comment était la relation avec votre mère ;

___ Description de la relation avec votre mère ;

___ Description de la relation avec votre père ;

___ Exemples.

38) « Nous avons parlé de votre mère, y a-t-il des caractéristiques positives ou négatives dont nous n'avons pas parlé ? »

39) (Administrer l'échelle 4 des caractéristiques maternelles de la propre mère). « Cette dernière liste présente des caractéristiques par lesquelles vous pouvez décrire votre mère pendant votre enfance. »

40) « En quoi pensez-vous quw vous ressemblerez ou non à votre mère avec votre enfant ? »

41) « Y a-t-il quelque chose que je ne vous ai pas demandé et que vous aimeriez dire ? »

ANEXO G – ESCALA DE ANSIEDADE DE COVI
(VERSÃO EM PORTUGUÊS)

<p>ESCALA DE ANSIEDADE DE COVI</p> <p align="center">  </p> <p>Nº de CODIFICAÇÃO :</p>			
SOBRENOME:	<input type="text"/>		
NOME:	<input type="text"/>		
SEXO: <input type="checkbox"/>	IDADE: <input type="text"/>	DATA: <input type="text"/>	
EXAMINADOR: <input type="text"/>			

Dimensão : Inexistente : **0** ; fraca : **1** ; Médio : **2** ; Muito : **3** ; Enorme : **4**.

DISC	Discurso do sujeito	Nervoso, pouco à vontade, inquieto, com medo, tenso, assustado, tímido, tenso, nó, deve evitar certos comportamentos, determinados locais, dificuldade de se concentração.	<input type="checkbox"/>
COMC	Comportamento	Parece assustada, ansiosa, desconfortável, apreensiva, agitada/inquieta.	<input type="checkbox"/>
SYMC	Queixas no corpo	Sudorese, tremores, sensação de constrição cardíaca, taquicardia, sensação de aperto no peito, sensação de calor ou frio, um nó no estômago, nó na garganta.	<input type="checkbox"/>
SOMA DOS ITENS			<input type="checkbox"/>

**ÉCHELLE DE GRAVITÉ DE L'ANXIÉTÉ DE COVI
(VERSÃO EM FRANCÊS)**

<p>ECHELLE DE GRAVITE DE L'ANXIETE DE COVI</p>  <p>N° de CODAGE :</p>			
NOM:	<input type="text"/>		
PRENOM:	<input type="text"/>		
SEXE: <input type="checkbox"/>	AGE: <input type="text"/>	DATE: <input type="text"/>	
EXAMINATEUR:	<input type="text"/>		

Coter : Inexistant : 0 ; Faible : 1 ; Moyen : 2 ; Beaucoup : 3 ; Enorme : 4 .			
DISC	Discours du sujet	Nerveux, pas dans son assiette, agité, effrayé sans raison, peureux, tendu, noué, doit éviter certaines conduites, certains lieux, difficultés à se concentrer.	<input type="checkbox"/>
COMC	Comportement	Semble effrayé, angoissé, mal à l'aise, agité.	<input type="checkbox"/>
SYMC	Plaintes somatiques	Sudation, tremblements, sensation de striction cardiaque, tachycardie, oppression respiratoire, sensation de chaud ou froid, sommeil agité, estomac noué, boule dans la gorge.	<input type="checkbox"/>
SOMME DES ITEMS			<input type="checkbox"/>

**ANEXO I – ESCALAS IRMAG - CINCO LISTAS DE ADJETIVOS COM BASE NO
MODELO DIFERENCIAL SEMÂNTICO**

E1 : caractéristiques individuelles de l'enfant

Passif	_____	Actif
Calme	_____	Excité
Vorace	_____	Nonchalant
Renfermé	_____	Sociable
Entreprenant	_____	Timide
Soigneux	_____	Brouillon
Joyeux	_____	Triste
Difficile	_____	Facile
Pas intelligent	_____	Intelligent
Acceptant	_____	Refusant
Désordonné	_____	Ordonné
Détaché	_____	Affectueux
Indépendant	_____	Dépendant
Décidé	_____	Soumis
Craintif	_____	Confiant
Vif	_____	Pas vif
Fragile	_____	Fort

E2 : caractéristiques individuelles de soi-même

Passive	_____	Active
Calme	_____	Excitée
Vorace	_____	Nonchalante
Renfermée	_____	Sociable
Entreprenante	_____	Timide
Soigneuse	_____	Brouillon
Joyeuse	_____	Triste
Difficile	_____	Facile
Pas intelligente	_____	Intelligente
Acceptante	_____	Refusante
Désordonnée	_____	Ordonnée
Détachée	_____	Affectueuse
Indépendante	_____	Dépendante
Décidée	_____	Soumise
Craintive	_____	Confiante
Vive	_____	Pas vive
Fragile	_____	Forte

E3 : caractéristiques individuelles du père

Passif	_____	Actif
Calme	_____	Excité
Vorace	_____	Nonchalant
Renfermé	_____	Sociable
Entrepreneur	_____	Timide
Soigneux	_____	Brouillon
Joyeux	_____	Triste
Difficile	_____	Facile
Pas intelligent	_____	Intelligent
Acceptant	_____	Refusant
Désordonné	_____	Ordonné
Détaché	_____	Affectueux
Indépendant	_____	Dépendant
Décidé	_____	Soumis
Craintif	_____	Confiant
Vif	_____	Pas vif
Fragile	_____	Fort

E4 : caractéristiques maternelles de soi-même

Affectueuse	_____	Non affectueuse
Peu sûre	_____	Sûre
Disponible	_____	Occupée par autre chose
Flexible	_____	Inflexible
Mère poule	_____	Détachée
Impatiente	_____	Patiente
Autoritaire	_____	Permissive
Acceptante	_____	Non acceptante
Sérieuse	_____	Joueuse
Qui contrôle	_____	Qui laisse faire
Anxieuse	_____	Tranquille
Qui ne donne pas	_____	Généreuse
Satisfaite dans le rôle de mère	_____	Insatisfaite dans le rôle de mère
Triste	_____	Joyeuse
Passive	_____	Active
Possessive	_____	Non possessive
Trouve difficile le rôle de mère	_____	Trouve facile le rôle de mère

E5 : caractéristiques maternelles de sa propre mère

Affectueuse	_____	Non affectueuse
Peu sûre	_____	Sûre
Disponible	_____	Occupée par autre chose
Flexible	_____	Inflexible
Mère poule	_____	Détachée
Impatiente	_____	Patiente
Autoritaire	_____	Permissive
Acceptante	_____	Non acceptante
Sérieuse	_____	Joueuse
Qui contrôle	_____	Qui laisse faire
Anxieuse	_____	Tranquille
Qui ne donne pas	_____	Généreuse
Satisfaite dans le rôle de mère	_____	Insatisfaite dans le rôle de mère
Triste	_____	Joyeuse
Passive	_____	Active
Possessive	_____	Non possessive
Trouve difficile le rôle de mère	_____	Trouve facile le rôle de mère

Aspectos/Marcos do Desenvolvimento	Anamnese							Avaliação						
	2	4	6	9	12	18	24	2	4	6	9	12	18	24
26. Ingere alimento em grãos?														
27. Ingere alimento peneirados?														
28. Produz sons com variação de entonação?														
29. Emite sons-balbúcia?														
30. Responde diferentemente à pessoas familiares e/ou estranhos?														
31. Reconhece quando se dirigem a ela?														
32. Leva objetos à boca?														
33. Imita pequenos gestos e brincadeiras?														
34. Aceita o copo?														
35. Estranha pessoas não familiares?														
36. Repele a mesma ação motora?														
37. Brinca de esconde-esconde?														
38. Utiliza-se da voz para chamar a atenção?														
39. Sorri e vocaliza ao ver sua imagem refletida no espelho?														
40. Reconhece seu nome?														
41. Emprega pelo menos uma palavra com sentido?														
42. Faz gestos com a mão e a cabeça? (tchau, não, bate palmas, etc)														
43. Aponia para pedir as coisas?														
44. Emite três palavras com significado?														
45. Reage ao "não"?														
46. Chama-se de nenê?														
47. Entende situações de proibição?														
48. Combina 2/3 palavras pelo menos?														
49. Indica suas vontades vocalizando?														
50. Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista?														
51. Aceita a companhia de outras crianças, mas brinca isoladamente?														
52. Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu?														
53. Usa frases?														
54. Brinca com outras crianças?														
55. Imita pessoas da vida cotidiana? (pai, mãe, médico, etc)														
56. Começa o controle esfinteriano?														

Adaptado de PARLATO, E.M. et al. Triagem auditiva em bebês de 2 a 12 meses. Pro-Fono Revista de Atualização Científica v 6, n 1, 1994

Observações

ANEXO K – “TESTE DE TRIAGEM DE DESENVOLVIMENTO DENVER II” (TTDD II)

DIRECTIONS FOR ADMINISTRATION

1. Try to get child to smile by smiling, talking or waving. Do not touch him/her.
2. Child must stare at hand several seconds.
3. Parent may help guide toothbrush and put toothpaste on brush.
4. Child does not have to be able to tie shoes or button/zip in the back.
5. Move yarn slowly in an arc from one side to the other, about 8" above child's face.
6. Pass if child grasps rattle when it is touched to the backs or tips of fingers.
7. Pass if child tries to see where yarn went. Yarn should be dropped quickly from sight from tester's hand without arm movement.
8. Child must transfer cube from hand to hand without help of body, mouth, or table.
9. Pass if child picks up raisin with any part of thumb and finger.
10. Line can vary only 30 degrees or less from tester's line. ✓
11. Make a fist with thumb pointing upward and wiggle only the thumb. Pass if child imitates and does not move any fingers other than the thumb.



12. Pass any enclosed form. Fail continuous round motions.



13. Which line is longer? (Not bigger.) Turn paper upside down and repeat. (pass 3 of 3 or 5 of 6)



14. Pass any lines crossing near midpoint.



15. Have child copy first. If failed, demonstrate.

When giving items 12, 14, and 15, do not name the forms. Do not demonstrate 12 and 14.

16. When scoring, each pair (2 arms, 2 legs, etc.) counts as one part.
17. Place one cube in cup and shake gently near child's ear, but out of sight. Repeat for other ear.
18. Point to picture and have child name it. (No credit is given for sounds only.)
If less than 4 pictures are named correctly, have child point to picture as each is named by tester.



19. Using doll, tell child: Show me the nose, eyes, ears, mouth, hands, feet, tummy, hair. Pass 6 of 8.
20. Using pictures, ask child: Which one flies?...says meow?...talks?...barks?...gallops? Pass 2 of 5, 4 of 5.
21. Ask child: What do you do when you are cold?...tired?...hungry? Pass 2 of 3, 3 of 3.
22. Ask child: What do you do with a cup? What is a chair used for? What is a pencil used for? Action words must be included in answers.
23. Pass if child correctly places and says how many blocks are on paper. (1,5).
24. Tell child: Put block **on** table; **under** table; **in front of** me, **behind** me. Pass 4 of 4. (Do not help child by pointing, moving head or eyes.)
25. Ask child: What is a ball?...lake?...desk?...house?...banana?...curtain?...fence?...ceiling? Pass if defined in terms of use, shape, what it is made of, or general category (such as banana is fruit, not just yellow). Pass 5 of 8, 7 of 8.
26. Ask child: If a horse is big, a mouse is ___? If fire is hot, ice is ___? If the sun shines during the day, the moon shines during the ___? Pass 2 of 3.
27. Child may use wall or rail only, not person. May not crawl.
28. Child must throw ball overhead 3 feet to within arm's reach of tester.
29. Child must perform standing broad jump over width of test sheet (8 1/2 inches).
30. Tell child to walk forward,  heel within 1 inch of toe. Tester may demonstrate. Child must walk 4 consecutive steps.
31. In the second year, half of normal children are non-compliant.

OBSERVATIONS:

Denver Developmental Materials, Inc.
P.O. Box 371075
Denver, Colorado 80237-5075
Tele. #: (303) 355-4729
(800) 419-4729

ANEXO L - PROCOLO PREAUT

4º e 9º mês : 1ª parte do questionário		
QUESTÃO	RESPOSTA	VALOR
1) O bebê procura olhar para você ?		
a) Espontaneamente	Sim	4
	Não	0
b) Quando você fala com ele (proto-conversaço)	Sim	1
	Não	0
2) O bebê procura se fazer olhar por sua mãe (ou pelo substituto dela)?		
a) Na ausência de qualquer solicitação da mãe, vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que a olha intensamente.	Sim	8
	Não	0
b) Quando ela fala com ele (proto-conversaço)	Sim	2
	Não	0
ESCORE TOTAL		
<i>Se o escore é superior a 5, não responda às questões 3 e 4.</i>		

1

CRESPIN, G.; PARLATO-OLIVEIRA, E. Projeto PREAUT. In: Alfredo Jerusalinsky.(Org.). Dossiê Autismo. 1ed.: , 2015, v. , p. 436-454.

4º e 9º mês : 2ª parte do questionário		
QUESTÃO	RESPOSTA	VALOR
3) Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou de seu substituto)		
a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	1
	Não	0
b) Ele sorri para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	2
	Não	0
c) O bebê procura suscitar uma troca prazerosa com sua mãe (ou seu substituto), por exemplo, se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	Sim	4
	Não	0
4) Depois de ser estimulado por sua mãe (ou pelo seu substituto)		
a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	1
	Não	0
b) Sorri para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	2
	Não	0
c) O bebê procura suscitar a troca jubilatória com sua mãe (ou com seu substituto), por exemplo, se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	Sim	4
	Não	0

2

ANEXO M – “QUESTIONÁRIO SOBRE O COMPORTAMENTO DO BEBÊ-REVISADO”

© 2000
 Mary K. Rothbart
 Maria A. Gartstein
 Todos os direitos reservados

Questionário sobre o Comportamento do Bebê- Revisado
 (Infant Behavior Questionnaire- Revised)
 (Traduzido e adaptado com autorização dos autores por Klein e Linhares, 2006)

Nome do bebê: _____ Data de nascimento do bebê: _____ dia _____ mês _____ ano
 Data atual: _____ Idade da criança: _____ meses _____ semanas
 Sexo da criança: _____

INSTRUÇÕES:

Por favor, leia cuidadosamente antes de começar:

Ao ler cada descrição abaixo a respeito do comportamento do bebê, por favor, indique com que frequência o bebê apresentou este comportamento durante a ÚLTIMA SEMANA (os últimos sete dias), circulando um dos números da coluna da esquerda. Estes números indicam com que frequência você observou o comportamento descrito durante a última semana.

<u>Nunca</u>	<u>Muito Raramente</u>	<u>Menos da Metade do Tempo</u>	<u>Cerca de Metade do Tempo</u>	<u>Mais da Metade do Tempo</u>	<u>Quase Sempre</u>	<u>Sempre</u>	<u>Não se Aplica NA</u>
1	2	3	4	5	6	7	NA

A coluna “Não se Aplica” (NA) é usada quando você não viu o bebê na situação descrita durante a última semana. Por exemplo, se a situação menciona o bebê tendo que esperar por comida ou bebida e não teve nenhuma situação durante a última semana que o bebê teve que esperar, circule a coluna (NA). “Não se Aplica” é diferente de “Nunca” (1). “Nunca” é usada quando você viu o bebê na situação, mas o bebê nunca apresentou o comportamento descrito durante a última semana. Por exemplo, se o bebê teve de esperar por comida ou bebida pelo menos uma vez, mas nunca chorou alto enquanto esperava, circule a coluna 1.

Por favor, certifique-se de que você circulou um número para cada item.

<u>Nunca</u>	<u>Muito Raramente</u>	<u>Menos da Metade do Tempo</u>	<u>Cerca de Metade do Tempo</u>	<u>Mais da Metade do Tempo</u>	<u>Quase Sempre</u>	<u>Sempre</u>	<u>Não se Aplica</u>
1	2	3	4	5	6	7	NA

Alimentação

Durante a alimentação, com que frequência o bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (1) deitou-se ou sentou-se tranquilamente?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (2) retorceu-se ou chutou?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (3) balançou os braços?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (4) percebeu textura granulada na comida (por exemplo, mingau de aveia)?

Na semana passada, enquanto estava sendo alimentado em seu colo, com que frequência o bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (5) pareceu gostar da proximidade?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (6) aconchegou-se, mesmo depois de ter terminado?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (7) pareceu ansioso para sair assim que terminou de se alimentar?

Com que frequência o seu bebê produziu sons de conversa:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (8) enquanto esperava por comida na cadeira de bebê?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (9) quando queria mais comida?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (10) quando já havia comido o suficiente?

Sono

Antes de adormecer à noite durante a semana passada, com que frequência o bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (11) não se mostrou incomodado ou chorou?

Durante o sono, com que frequência o bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (12) mexeu-se no berço?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (13) moveu-se do meio para o final do berço?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (14) dormiu somente em uma posição?

Ao acordar, com que frequência o bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (15) ficou incomodado ou chorou imediatamente?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (16) brincou silenciosamente no berço?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (17) chorou se alguém não apareceu em poucos minutos?

Com que frequência o bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (18) pareceu bravo (chorou ou ficou incomodado) quando você o deixou no berço?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (19) pareceu satisfeito quando o deixaram no berço?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (20) chorou ou ficou incomodado antes de tirar uma sesta?

Ao ir dormir à noite, com que frequência o seu bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (21) adormeceu em 10 minutos?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (22) teve dificuldade em se acalmar para dormir?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (23) acalmou-se facilmente para dormir?

<u>Nunca</u>	<u>Muito Raramente</u>	<u>Menos da Metade do Tempo</u>	<u>Cerca de Metade do Tempo</u>	<u>Mais da Metade do Tempo</u>	<u>Quase Sempre</u>	<u>Sempre</u>	<u>Não se Aplica</u>
1	2	3	4	5	6	7	NA

Quando seu bebê acordou à noite, com que frequência ele:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA (24) teve dificuldade em voltar a dormir?
 1 2 3 4 5 6 7 NA..... (25) voltou a dormir imediatamente?

Quando colocado para tirar uma sesta, com que frequência o seu bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA (26) ficou acordado por muito tempo?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (27) dormiu imediatamente?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (28) acalmou-se rapidamente?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (29) teve dificuldade em se acalmar?

Quando era hora de ir dormir ou tirar uma soneca e seu bebê não queria ir, com que frequência ele:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA (30) choramingou ou soluçou?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (31) ficou choroso?

Dando banho e vestindo

Quando estava sendo vestido ou despido durante a semana passada, com que frequência o bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA (32) balançou os braços e chutou?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (33) retorceu-se e/ou tentou sair?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (34) sorriu ou deu gargalhada?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (35) murmurou ou emitiu sons?

Quando colocado na água do banho, com que frequência o bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA (36) sorriu?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (37) deu gargalhada?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (38) espalhou água ou chutou?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (39) virou e/ ou retorceu o corpo?

Quando seu rosto foi lavado, com que frequência o bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA (40) riu ou deu gargalhada?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (41) ficou incomodado ou chorou?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (42) murmurou?

Quando seu cabelo foi lavado, com que frequência o bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA (43) sorriu?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (44) ficou incomodado ou chorou?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (45) emitiu sons?

Brincadeira

Com que frequência, durante a semana passada, o bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA (46) olhou para figuras em livros e/ou revistas por 2 a 5 minutos de uma vez?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (47) olhou para figuras em livros e/ou revistas por 5 minutos ou mais de uma vez?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (48) ficou olhando para um móvel, protetor de berço ou figura por 5 minutos ou mais?

<u>Nunca</u> 1	<u>Muito Raramente</u> 2	<u>Menos da Metade do Tempo</u> 3	<u>Cerca de Metade do Tempo</u> 4	<u>Mais da Metade do Tempo</u> 5	<u>Quase Sempre</u> 6	<u>Sempre</u> 7	<u>Não se Aplica</u> NA	
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (49) brincou com um brinquedo ou objeto por 5 a 10 minutos?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (50) brincou com um brinquedo ou objeto por 10 minutos ou mais?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (51) passou o tempo só olhando para os brinquedos?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (52) repetiu os mesmos sons várias vezes?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (53) riu alto em uma brincadeira?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (54) repetiu o mesmo movimento com um objeto por 2 minutos ou mais (por exemplo, colocando uma peça em uma xícara, chutando ou batendo em um móvel)?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (55) prestou atenção em sua leitura a maior parte da história quando olhava para livros com figuras?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (56) sorriu ou riu depois de finalizar alguma coisa (por exemplo, empilhar blocos, etc.)?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (57) sorriu ou riu quando lhe foi dado um brinquedo?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (58) sorriu ou riu quando lhe fizeram cócegas?

Com que frequência, durante a última semana, o bebê gostou:

1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (59) que cantassem para ele?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (60) que lessem para ele?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (61) de ouvir o som das palavras, como rimas infantis?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (62) de olhar para livros ilustrados?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (63) de atividades rítmicas suaves, como ser balançado ou acalentado?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (64) de ficar deitado tranquilamente e examinar seus dedos das mãos ou dos pés?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (65) que você ou alguém da sua família fizesse cócegas nele?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (66) de estar envolvido com brincadeiras agitadas e barulhentas?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (67) de olhar você ou outro adulto brincando de fazer caretas?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (68) de tocar ou encostar-se a bichos de pelúcia?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (69) de estar em contato com cobertores macios?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (70) de ser enrolado em um cobertor quente?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (71) de ouvir um brinquedo musical no berço?

Quando brincava tranquilamente com um de seus brinquedos favoritos, com que frequência o seu bebê:

1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (72) demonstrou prazer?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (73) gostou de ficar deitado no berço por mais do que 5 minutos?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (74) gostou de ficar deitado no berço por mais do que 10 minutos?

Quando algo com que o bebê estava brincando teve de ser retirado, com que frequência ele:

1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (75) chorou ou mostrou aflição por um tempo?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (76) pareceu não se incomodar?

Quando jogado para o alto ou de um lado para o outro em uma brincadeira, com que frequência o bebê:

1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (77) sorriu?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (78) deu gargalhada?

Nunca	Muito Raramente	Menos da Metade do Tempo	Cerca de Metade do Tempo	Mais da Metade do Tempo	Quase Sempre	Sempre	Não se Aplica
1	2	3	4	5	6	7	NA

Durante uma brincadeira de "escondeu-achou" (quando alguém esconde o rosto e depois reaparece, dizendo "achou!"), com que frequência ele:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (79) sorriu?
1 2 3 4 5 6 7 NA.... (80) deu gargalhada?

Com que frequência o seu bebê gostou de pular:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (81) em seu colo?
1 2 3 4 5 6 7 NA.... (82) em cima de um objeto, como uma cana, cadeirinha de bebê ou brinquedo?

Com que frequência o bebê estava brincando e levantou os olhos:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (83) quando o telefone tocou?
1 2 3 4 5 6 7 NA.... (84) quando ouviu vozes no cômodo ao lado?

Quando o seu bebê viu um brinquedo que ele queria, com que frequência ele:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (85) ficou muito entusiasmado para pegá-lo?
1 2 3 4 5 6 7 NA.... (86) imediatamente foi pegá-lo?

Quando ganhou um brinquedo novo, com que frequência o seu bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (87) ficou muito entusiasmado para pegá-lo?
1 2 3 4 5 6 7 NA.... (88) imediatamente foi pegá-lo?
1 2 3 4 5 6 7 NA.... (89) pareceu não ficar muito entusiasmado com isso?

Atividades Diárias

Com que frequência, durante a última semana, o bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (90) chorou ou mostrou-se incomodado com uma mudança na aparência dos pais (sem óculos, com touca de banho, etc.)?
1 2 3 4 5 6 7 NA.... (91) quando estava em uma posição para ver televisão, olhou para ela por 2 a 5 minutos de uma vez?
1 2 3 4 5 6 7 NA.... (92) quando estava em uma posição para ver televisão, olhou para a tela por 5 minutos ou mais?
1 2 3 4 5 6 7 NA.... (93) protestou quando foi colocado em um lugar fechado (cadeirinha... de bebê, chiqueirinho, cadeirinha de carro, etc.)?
1 2 3 4 5 6 7 NA.... (94) assustou-se quando lhe mudaram de posição repentinamente (por exemplo, quando movido de repente)?
1 2 3 4 5 6 7 NA.... (95) aparentou ouvir até mesmo sons muito baixos?
1 2 3 4 5 6 7 NA.... (96) prestou atenção em objetos ou sons quando ao ar livre (por exemplo, mensageiro do vento ou regador de grama)?
1 2 3 4 5 6 7 NA.... (97) moveu-se rapidamente em direção a novos objetos?
1 2 3 4 5 6 7 NA.... (98) mostrou um forte desejo por algo que ele queria?
1 2 3 4 5 6 7 NA.... (99) assustou-se com um barulho alto ou repentino?
1 2 3 4 5 6 7 NA.... (100) olhou para crianças brincando no parque ou no parquinho por 5 minutos ou mais?
1 2 3 4 5 6 7 NA.... (101) olhou adultos fazendo atividades domésticas (por exemplo, cozinhando, etc) por mais do que 5 minutos?
1 2 3 4 5 6 7 NA.... (102) gritou quando estava entusiasmado?

Nunca	Muito Raramente	Menos da Metade do Tempo	Cerca de Metade do Tempo	Mais da Metade do Tempo	Quase Sempre	Sempre	Não se Aplica
1	2	3	4	5	6	7	NA

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (103) imitou sons que você fez?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (104) pareceu entusiasmado quando você ou outros adultos agiram de uma maneira entusiasmada a sua volta?

Quando estava no colo, com que frequência o bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (105) afastou-se ou chutou?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (106) pareceu gostar?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (107) aconchegou-se ao seu corpo?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (108) se retorceu?

Quando colocado deitado de costas, com que frequência o bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (109) ficou incomodado ou protestou?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (110) sorriu ou deu gargalhada?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (111) balançou os braços e chutou?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (112) retorceu-se e/ou virou o corpo?

Quando o bebê quis algo, com que frequência ele:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (113) ficou chateado quando não conseguiu ter o que queria?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (114) fez birra (chorou, gritou, ficou com rosto vermelho, etc.) quando não teve o que queria?

Quando colocado em uma cadeirinha infantil em casa ou no carro, com que frequência o bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (115) balançou os braços e chutou?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (116) retorceu-se e virou o corpo?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (117) deitou-se ou sentou-se sussegado?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (118) mostrou aflição em um primeiro momento, depois se acalmou?

Quando ficou frustrado com algo, com que frequência o seu bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (119) acalmou-se em 5 minutos?

Quando o seu bebê ficou chateado com algo, com que frequência ele:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (120) ficou chateado por 10 minutos ou mais?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (121) ficou chateado por 20 minutos ou mais?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (122) consolou-se com outras coisas (como um bichinho de pelúcia ou um cobertor)?

Quando foi balanceado ou abraçado na última semana, com que frequência o seu bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (123) pareceu gostar?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (124) pareceu ansioso para sair?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (125) fez barulhos de protesto?

Quando vocês se reencontraram depois de um tempo afastados durante a última semana, com que frequência o seu bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (126) pareceu gostar de ser segurado?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (127) mostrou interesse em estar próximo, mas resistiu a ser segurado?
 1 2 3 4 5 6 7 NA.... (128) mostrou aflição em ser segurado?

<u>Nunca</u>	<u>Muito Raramente</u>	<u>Menos da Metade do Tempo</u>	<u>Cerca de Metade do Tempo</u>	<u>Mais da Metade do Tempo</u>	<u>Quase Sempre</u>	<u>Sempre</u>	<u>Não se Aplica</u>
1	2	3	4	5	6	7	NA

Quando estava sendo carregado, na última semana, com que frequência o seu bebê:

1 2 3 4 5 6 7 NA (129) pareceu gostar?

1 2 3 4 5 6 7 NA (130) empurrou-se contra você até ser colocado no chão?

Enquanto estava sentado em seu colo:

1 2 3 4 5 6 7 NA (131) com que frequência o seu bebê pareceu gostar?

1 2 3 4 5 6 7 NA (132) com que frequência o seu bebê não esteve satisfeito sem poder se movimentar ao seu redor?

Com que frequência o seu bebê percebeu:

1 2 3 4 5 6 7 NA (133) barulhos de baixo tom, ar condicionado, sistema de aquecimento ou motor de geladeira funcionando ou religando?

1 2 3 4 5 6 7 NA (134) sirenes de caminhão dos bombeiros ou de ambulância à distância?

1 2 3 4 5 6 7 NA (135) uma mudança na temperatura da sala?

1 2 3 4 5 6 7 NA (136) uma mudança na luz quando uma nuvem passou pelo sol?

1 2 3 4 5 6 7 NA (137) o som de um avião passando sobre a sua cabeça?

1 2 3 4 5 6 7 NA (138) um passarinho em uma árvore?

1 2 3 4 5 6 7 NA (139) tecidos com textura áspera (por exemplo, lã)?

Quando cansado, com que frequência o seu bebê:

1 2 3 4 5 6 7 NA (140) ficou choroso?

1 2 3 4 5 6 7 NA (141) mostrou-se irritado?

Ao fim de um dia entusiasmado, com que frequência o seu bebê:

1 2 3 4 5 6 7 NA (142) ficou choroso?

1 2 3 4 5 6 7 NA (143) mostrou-se irritado?

Sem nenhuma razão aparente, com que frequência o seu bebê:

1 2 3 4 5 6 7 NA (144) pareceu triste?

1 2 3 4 5 6 7 NA (145) pareceu irresponsivo (sem ação)?

Com que frequência o seu bebê produziu sons de conversa enquanto:

1 2 3 4 5 6 7 NA (146) andava de carro?

1 2 3 4 5 6 7 NA (147) andava no carrinho de compras?

1 2 3 4 5 6 7 NA (148) você falava com ele?

Período de tempo de duas semanas

Quando você voltou após ter ficado ausente e o seu bebê estava acordado, com que frequência ele:

1 2 3 4 5 6 7 NA (149) sorriu ou deu gargalhada?

Quando foi apresentado para um adulto desconhecido, com que frequência o seu bebê:

1 2 3 4 5 6 7 NA (150) agarrou-se a um dos pais?

1 2 3 4 5 6 7 NA (151) recusou-se a ir com a pessoa desconhecida?

1 2 3 4 5 6 7 NA (152) afastou-se do adulto?

	Nunca	Muito Raramente	Menos da Metade do Tempo	Cerca de Metade do Tempo	Mais da Metade do Tempo	Quase Sempre	Sempre	Não se Aplica
	1	2	3	4	5	6	7	NA
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (153) nunca se descontraiu com um adulto desconhecido?
<u>Quando estava na presença de vários adultos desconhecidos, com que freqüência o seu bebê:</u>								
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (154) agarrou-se a um dos pais?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (155) chorou?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (156) continuou aflito por 10 minutos ou mais?
<u>Quando visitou um lugar novo, com que freqüência o seu bebê:</u>								
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (157) mostrou-se aflito nos primeiros minutos?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (158) continuou aflito por 10 minutos ou mais?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (159) ficou entusiasmado para explorar novos ambientes?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (160) movimentou-se ativamente quando estava explorando novos ambientes?
<u>Quando seu bebê foi abordado por uma pessoa desconhecida quando você e ele estavam fora de casa (por exemplo, fazendo compras), com que freqüência o bebê:</u>								
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (161) mostrou-se aflito?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (162) chorou?
<u>Quando um adulto desconhecido foi a sua casa ou apartamento, com que freqüência o seu bebê:</u>								
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (163) permitiu que o pegassem na colo sem protestar?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (164) chorou quando a visita tentou pegá-lo?
<u>Quando estava em uma multidão de pessoas, com que freqüência o seu bebê:</u>								
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (165) pareceu se divertir?
<u>O bebê pareceu triste quando:</u>								
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (166) o seu cuidador se ausentou por um tempo muito longo (mais que o de costume)?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (167) foi deixado sozinho ou sem atenção em um berço ou cercadinho por um longo período de tempo?
<u>Quando você estava ocupada com outra atividade e o seu bebê não podia ter a sua atenção, com que freqüência ele:</u>								
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (168) ficou triste?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (169) chorou?
<u>Quando o seu bebê viu outro bebê chorando, com que freqüência ele:</u>								
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (170) ficou choroso?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (171) mostrou-se aflito?
<u>Quando parentes ou amigos conhecidos lhes visitaram, com que freqüência o seu bebê:</u>								
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (172) ficou entusiasmado?
1	2	3	4	5	6	7	NA	.... (173) pareceu indiferente?

Nunca	Muito Raramente	Menos da Metade do Tempo	Cerca de Metade do Tempo	Mais da Metade do Tempo	Quase Sempre	Sempre	Não se Aplica NA
1	2	3	4	5	6	7	NA

Técnicas para consolar o bebê

Você tentou alguma das seguintes técnicas para consolar o seu bebê nas últimas duas semanas? Se tentou, em quanto tempo o seu bebê se consolou com cada uma dessas técnicas? Circule (NA) se você não tentou usar essas técnicas durante AS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.

Quando balançou o seu bebê, com que frequência ele:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA (174) acalmou-se imediatamente?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (175) não se acalmou imediatamente, mas o fez nos primeiros dois minutos?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (176) levou mais de 10 minutos para se acalmar?

Quando você cantou ou conversou com seu bebê, com que frequência ele:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA (177) acalmou-se imediatamente?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (178) não se acalmou imediatamente, mas o fez nos primeiros dois minutos?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (179) levou mais de 10 minutos para se acalmar?

Quando você caminhou com seu bebê, com que frequência ele:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA (180) acalmou-se imediatamente?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (181) não se acalmou imediatamente, mas o fez nos primeiros dois minutos?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (182) levou mais de 10 minutos para se acalmar?

Quando você lhe deu um brinquedo, com que frequência o seu bebê:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA (183) acalmou-se imediatamente?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (184) não se acalmou imediatamente, mas o fez nos primeiros dois minutos?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (185) levou mais de 10 minutos para se acalmar?

Quando você mostrou algo para o seu bebê olhar, com que frequência ele:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA (186) acalmou-se imediatamente?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (187) não se acalmou imediatamente, mas o fez nos primeiros dois minutos?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (188) levou mais de 10 minutos para se acalmar?

Quando deu umas batidinhas de leve ou gentilmente fez massagem em alguma parte do corpo do seu bebê, com que frequência ele:

- 1 2 3 4 5 6 7 NA (189) acalmou-se imediatamente?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (190) não se acalmou imediatamente, mas o fez nos primeiros dois minutos?
 1 2 3 4 5 6 7 NA (191) levou mais de 10 minutos para se acalmar?

ANEXO N – IRMAG ANÁLISE

Entrevista para representações maternas durante a gravidez. Sistema de codificação relativo a representações durante a gravidez

A / REPRESENTAÇÃO DE VOCÊ MESMO COMO MÃE

A.1. Riqueza das percepções

1. Pobre. As descrições são caracterizadas pela pobreza da informação, univocidade ou estreiteza de pontos de vista, repetição, foco, estereótipos e aproximações. Foi deduzida uma ausência geral de orientação perceptual em relação à experiência da gravidez.

2. Limitado. As descrições são gerais e não muito elaboradas, com uma pequena variedade de pontos de vista e alguns estereótipos. O discurso se concentra em áreas delimitadas, ou os detalhes de episódios e eventos específicos são descritos em detalhes sem conexões suficientes com humor e experiências pessoais.

3. Moderado. Durante a entrevista, uma orientação perceptual bastante definida é formada: as descrições são caracterizadas por uma quantidade e precisão suficientes de percepções e / ou por uma variedade de pontos de vista, mas a atenção perceptual não se refere homogeneamente todas as áreas relacionadas à gravidez.

4. Considerável. Durante a entrevista, emerge uma notável riqueza e variedade de percussões. A gravidez é considerada de diferentes perspectivas e pontos de vista. As correlações são estabelecidas entre episódios, sentimentos e seus próprios traços de caráter.

5. Muito acentuada. As percepções são profundas e detalhadas. A experiência da gravidez é descrita de forma exaustiva e com uma pluralidade de pontos de vista. As diferentes perspectivas do evento estão integradas em um quadro organizado e consistente. Existe uma grande capacidade de estabelecer conexões entre eventos, modos e aspectos da própria personalidade.

A.2. Abertura para mudar e flexibilidade de auto representações como mãe

1. Pobre. A rigidez das descrições é muito óbvia e consistente durante a entrevista. A auto representação não aparece de forma alguma modificada pela gravidez, nem os sinais de abertura à maternidade aparecem. Os estímulos fornecidos pela entrevista não são percebidos.

Existe a impressão de que qualquer informação ou experiência nova inspira resistência ativa para manter certos pontos de vista e convicções sobre si mesmo.

2. Limitado. As descrições são bastante estereotipadas e rígidas. A mulher parece não muito permeável a novas informações e / ou não está disposta a assimilar os estímulos oferecidos pela entrevista. Ele se concentra principalmente na continuidade com a condição anterior (por exemplo, "nada mudou") ou usa o termo "mudar" repetidamente, mas injustificadamente. Há pouco sinal de abertura para a maternidade futura. Esta pontuação também é atribuída no caso em que há um reconhecimento de mudança, possivelmente temido, mas onde a mulher não é capaz de aceitá-lo e / ou enfrentá-lo.

3. Moderado. Das Descrições, deduz um nível considerável de flexibilidade e abertura que diz respeito aos diferentes aspectos de si mesmo e da própria vida, mesmo que não seja homogêneo em todas as áreas. Pode haver aspectos de mudança ou continuidade, ou pode haver alguma dificuldade em lidar com as mudanças devido à gravidez e as previsões para o futuro. Durante a entrevista, raramente emergem novas considerações sobre as suas próprias experiências ou novas perspectivas da maneira de considerá-lo.

4. Considerável. Através de descrições, observamos um processo ativo de descoberta, atenção e percepção de auto mudanças e maternidade futura. Este processo inclui a capacidade de modificar a auto representação em relação a novas experiências e informações que podem ocorrer mesmo durante a entrevista.

5. Muito acentuado. As descrições são caracterizadas por um alto grau de flexibilidade e abertura de mudança que se manifesta em todos os aspectos de si mesmo e da própria vida relacionada à gravidez e a maternidade futura. A auto representação é claramente modificada por essa experiência. Os estímulos fornecidos pela entrevista são bem-vindos como uma oportunidade para uma maior reflexão sobre sua experiência, e novos pontos de vista e perspectivas sobre como examiná-la podem surgir.

A.3. Intensidade do investimento

1. Pobre. A falta de envolvimento em relação à gravidez é muito óbvia e consistente durante a entrevista. Nenhuma emoção surge da descrição dessa experiência. A mulher pode ser separada e ocupada por outras coisas.

2. Limitado. Durante a entrevista, há poucos sinais de envolvimento psicológico em relação à gravidez; há aspectos e emoções que não são muito intensas quando falamos sobre essa experiência.

3. Moderado. Existe um envolvimento psicológico moderado na forma como a mulher fala sobre a gravidez. Relata estados afetivos que estão conectados a ele com uma linguagem em que aparece um tom afetivo suficiente.

4. Considerável. A mulher está notavelmente envolvida quando fala sobre sua gravidez, mas essa experiência não absorve toda a sua esfera afetiva e relacional e não é o único foco de sua vida. Ele usa na descrição dos intensos tons emocionais que evocam naquele que escuta ou lê a transcrição das ressonâncias emotivas.

5. Muito acentuada. Durante a entrevista, a mulher exibe um grau extremo de investimento emocional e psicológico na experiência da gravidez. O tom emocional do envolvimento pode variar desde estados afetivos extremamente positivos até estados emocionais muito negativos que podem se coexistir. Esta pontuação também é dada nos casos em que, embora ela não tenha tons emocionais extremos, a mulher parece totalmente apreendida pela gravidez até o ponto de desinteressar por outros aspectos de si mesma e de sua vida, do que não está de acordo com essa experiência.

A.4. Coerência

1) Violações de qualidade:

- a) contradições entre o nível mais abstrato e as experiências, entre as memórias semânticas e as memórias episódicas;
- (b) contradições lógicas;
- (c) contradições relativas aos fatos da história;
- d) oscilações inconscientes dos pontos de vista;

2) As violações da quantidade:

- a) Informações muito mais simples do que pedimos (o entrevistado se perde em seus pensamentos, suas ideias, suas memórias);
- b) respostas evasivas ou opostas ("Eu não lembro");
- c) Frases extremamente longas e confusas.

3) Violações de relevância:

- a) há uma distância da questão da entrevista falando sobre tópicos sem importância que não têm relação com o que se deseja explorar.

4) Violações do modo:

Falta de clareza e ordem na história, tais como:

- a) citar as frases de outras pessoas sem esclarecer que é uma citação;
- b) uso de termos impróprios;
- (c) substituição de palavras sem sentido;
- d) intercalações repetidas;
- e) frases inacabadas; e
- f) confusão ou indeterminação em relação ao assunto da frase.

A coerência é obtida em primeiro lugar pelo ponto 1 e também pelos pontos 2, 5, 6, 7, 8, 11, 36, 37. Para avaliar a coerência entre o nível semântico e o nível episódico, os pontos são usados. 5, 6, 7, 8, 11 onde são solicitados exemplos.

1. Pobre. As descrições são tão confusas, contraditórias e / ou bizarras que não podem ser entendidas sem grande esforço. As referências a si mesmas são vagas, inconsistentes ou não respondem aos estímulos fornecidos pela entrevista; podemos notar uma dificuldade extrema em permanecer no assunto tratado.

2. Limitado. A entrevista geralmente apresenta descrições confusas, vagas, irrelevantes, contraditórias ou bizarras. No entanto, a inconsistência não se estende a todas as áreas cobertas.

3. Moderado. Há consistência moderada na entrevista, as descrições são bastante claras, articuladas e plausíveis, embora existam alguns sinais de inconsistência em tópicos específicos.

4. Considerável. As descrições são claras, bem organizadas, congruentes e ilustradas por exemplos. Os indicadores de inconsistência, mas não significativos, podem ser identificados como confinados a áreas específicas. A abrangência e consistência do quadro total não são invalidadas.

5. Muito acentuada. O discurso é extremamente fluido, coeso, articulado e congruente. Nós deduzimos uma importante capacidade de reflexão. A plausibilidade das descrições é suportada por exemplos específicos e relevantes. A estrutura que se desenha é de extrema coerência e integração e permite que o examinador seja colocado dentro da experiência da mulher.

A.5 Diferenciação da auto representação

1. Pobre. Não há consciência pessoal. A maternidade aparece como um evento acidental, forçado ou sofrido sem elaboração, ou foi realizado em contraposição ou como demonstração em relação aos personagens parentais e / ou ao parceiro, ou novamente como uma maneira de se dar consistência através dela. A mulher não é capaz de desenvolvê-la e integrá-la em sua vida. Há uma resistência com as figuras dos pais e / ou com o parceiro.

2. Limitado. A consciência da escolha da maternidade é fraca, bem como a capacidade da pessoa de se inscrever na história pessoal. Está configurado como uma experiência não desenvolvida realizada em contraste ou em posição de dependência de figuras familiares ou com valor substitutivo ou compensatório em relação a insuficiência pessoal (insatisfação no trabalho, perda ou luto não elaborado, etc.). Dificuldades em administrar a experiência e em sua articulação com outros setores de si mesmo e a própria vida. No decorrer da entrevista emergem sinais de afeto e baixa diferenciação.

3. Moderado. Observamos uma indiferenciação suficiente no reconhecimento de que a maternidade faz parte de sua própria história pessoal, embora possa haver uma falta de autonomia em relação às figuras familiares nesta escolha, ou na maneira de se representar. A mulher resiste, embora não sempre com facilidade, na gestão da experiência da gravidez e integrando-a na vida dela.

4. Considerável. A mulher é capaz de dar sentido à maternidade inscrevendo-a em sua história pessoal e em sua vida e trazendo o significado das escolhas que estão ligadas a ela. Ela reconhece as transformações envolvidas na gravidez e consegue desenvolver potenciais sentimentos conflitantes e estados mentais. Ela aceita a contribuição e o apoio de sua família, mas ela transmite o significado de sua autonomia.

5. Muito acentuada. A mulher mostra uma consciência decisiva em suas escolhas e na maneira como ela enfrenta a maternidade. Sua posição pessoal é muito definida, e a capacidade de gerenciar o valor da experiência que ela experimenta é importante e integrada em sua vida. A mulher aceita o contribuição e o apoio de sua família, mas transmite a direção de sua autonomia que parece estar bem enraizada.

A.6. Dependência Social

1.Pobre. As referências a influências externas relacionadas à escolha da maternidade e ao modo de se representar durante a gravidez e como mãe são raras ou ausentes.

2.Limitado. Durante a entrevista, a mulher às vezes se refere às perspectivas de outras pessoas ou a mensagens socioculturais sobre a gravidez, mas, no total, os modelos sociais e as opiniões dos outros têm pouca influência sobre a forma como se vê.

3. Moderado. Durante a entrevista, a mulher se refere a crenças, discursos, julgamentos, opiniões de terceiros sobre gravidez e maternidade. Sua posição pessoal emerge discordantemente de agentes sociais ou como busca de conciliação entre influências externas e sua visão pessoal.

4. Considerável. A influência dos outros é alta: existe um certo grau de conformidade e subordinação aos julgamentos e opiniões de outros e modelos socioculturais. A pessoa tem a impressão de uma certa plausibilidade representativa.

5. Muito acentuada. As influências externas são preponderantes na decisão de ser mãe e como representar a si mesmo. Há uma impressão de conformismo, de plausibilidade representativa, de falta de elaboração pessoal.

A.7. Emergência de fantasias.

1. Pobre. Nenhuma fantasia apareceu durante a entrevista. A representação da gravidez e da maternidade é ancorada exclusivamente a elementos concretos e realistas, sem deixar espaço para aspectos imaginários.

2. Limitado. Há poucas fantasias, circunscritas a domínios delimitados, também porque existe uma atitude realista, porque como se nota uma certa dificuldade para deixar surgir os contornos imaginários.

3. Moderado. As fantasias são principalmente expressas em resposta às questões que o estimulam (por exemplo, o parto, seu próprio corpo, os sonhos), embora possa haver presença de relevos e conotações imaginárias, mesmo em descrições realistas.

4. Considerável. Uma grande quantidade de fantasias surge durante a entrevista. Eles são expressos espontaneamente e não apenas em resposta a estimulações específicas. As fantasias parecem acompanhar a experiência da gravidez e auto representação como mãe, mesmo que possam ser mais pronunciadas em certos domínios do que em outros.

Esta pontuação é atribuída mesmo nos casos em que as fantasias, embora poucas em número, assumam um peso e importância consistentes, sem dar uma conotação clara e irreal à representação da gravidez e da maternidade.

5. Muito acentuada. As fantasias, independentemente da sua extensão e quantidade, emergem iterativamente e / ou de forma coativa durante a entrevista, invadindo a representação da gravidez e a maternidade a que conferem um caráter abertamente irreal.

B / REPRESENTAÇÃO DO FETO DA CRIANÇA

B1. Riqueza das percepções.

1. Pobre. Há uma espécie de cegueira perceptual em relação à criança cujos comportamentos não são desenvolvidos.

2. Limitado. As descrições são bastante finas e / ou genéricas. A mãe não pode facilmente desenvolver a frequência e as características dos movimentos do feto ou as circunstâncias em que se manifestam. A descrição do feto durante o ultrassom é confusa ou aproximada.

3. Moderada. Há uma certa orientação perceptiva em relação ao feto: as descrições não são muito detalhadas ou são precisas e limpas em algumas áreas e são mais indeterminadas e incertas em outras. A imagem do feto no ultrassom pode ser descrita com pouco detalhe ou vagamente e imprecisamente.

4. Considerável. As descrições são ricas e detalhadas: há uma notável atenção perceptiva sobre as diferentes expressões de movimentos do feto, cuja mãe sabe individualizar as características e as peculiaridades e tenta descobrir os significados e as possíveis conexões com seus próprios modos. As descrições do ultrassom tendem a relatar os elementos percebidos.

5. Muito acentuada. A descrição coleta e organiza todas as informações fetais disponíveis: o resultado é uma orientação perceptiva extremamente pronunciada.

B.2 Mudança de abertura e flexibilidade

1. Pobre. A rigidez das descrições é muito óbvia e consistente durante a entrevista. A representação do feto não parece de modo algum ser modificada durante a gestação, mais do que aparecem sinais de abertura em relação ao futuro filho: os novos estímulos, informações ou experimentos não são percebidos ou parecem ativar resistências ativas.

2. Limitado. As descrições são bastante estereotipadas e rígidas. A mulher parece pouco permeável a novas informações e / ou pouco disponível para perceber os estímulos fornecidos

pela entrevista. A representação da criança não parece ter sofrido alterações consistentes durante a gravidez, e há poucos sinais de abertura para as mudanças relacionadas à criança.

3. Moderado. As descrições mostram um nível moderado de flexibilidade e abertura, embora isso possa parecer mais óbvio em algumas áreas. Há um pouco de atenção aos estímulos fornecidos pela entrevista, embora seja raro que surjam novos elementos da criança ou surjam novos pontos de vista.

4. Considerável. Existe um processo ativo de descoberta da criança pela mãe: novas experiências e novas informações trazem mudanças em sua representação. Durante a entrevista, novos elementos relacionados à criança podem surgir e / ou novas perspectivas sobre como considerá-lo. Surgem sinais claros de abertura para o futuro filho.

5. Muito acentuada. As descrições da criança são marcadas por um alto grau de flexibilidade e abertura. Todas as informações sobre o feto que ocorre durante a gravidez são percebidas e a representação é baseada e modificada de acordo com essa informação. A mãe transmite uma disposição óbvia para reconhecer as peculiaridades da criança após o nascimento e aceitar os novos elementos que o seu nascimento implica. Os estímulos fornecidos pela entrevista são bem-vindos como uma oportunidade para uma maior reflexão sobre a criança.

B.3. Intensidade do investimento

1. Pobre. A falta de envolvimento é óbvia e consistente durante a entrevista. A mulher não expressa emoções na maneira como ela descreve a criança. Pode ser separado dela ou tomado por outras preocupações e outros interesses.

2. Limitado. Das descrições da mãe deduz-se um baixo nível de investimento emocional para a criança. Certos aspectos da criança ou o relacionamento com ele podem ocupar a mãe de forma circunscrita, mas seu envolvimento geral é limitado.

3. Moderado. A mãe transmite uma sensação de envolvimento moderado quando fala sobre a criança e o relacionamento com ele. Ele expressa sentimentos de carinho, alegria, preocupação e medo que cortam a representação da criança.

4. Considerável. A mãe está obviamente envolvida quando fala sobre a criança, mas seu relacionamento com ele não absorve toda a sua vida e interesses emocionais. Esta relação é descrita em tons emocionais intensos, mas não extremos.

5. Muito acentuada. A mãe exibe um grau extremo de investimento psicológico e emocional para a criança e o relacionamento com ele. O tom emocional desse envolvimento pode variar desde a preocupação ansiosa até a exaltação alegre. Esta pontuação também é dada nos casos

em que, embora ela não use tons emocionais extremos em suas descrições, a mulher parece totalmente absorvida na auto-confiança da criança ao ponto de desinvestir outros aspectos de si mesma e de sua vida que não estão relacionados a si mesma.

B.4. Consistência

1. Pobre. As descrições da criança e o relacionamento materno são muito confusos, contraditórios e / ou estranhos e que grande esforço deve ser feito para compreendê-los. Em geral, todas as referências à criança são vagas, inconsistentes ou não respondem aos estímulos fornecidos pela entrevista. A descrição do relacionamento com ele é incoerente.

2. Limitado. Descrições da criança e relação materna é muitas vezes confusa, vaga, irrelevante ou contraditória. No entanto, a inconsistência não abrange todas as áreas.

3. Moderado. A consistência moderada surgiu durante a entrevista. As avaliações da criança e o relacionamento da mãe com ele são bastante claros, precisos e relevantes, embora existam alguns sinais de inconsistência em relação a tópicos específicos.

4. Considerável. As descrições maternas da criança e o relacionamento com ele estão expressos de maneira clara, congruente e bem organizada. Indicadores de inconsistência podem ser identificados, mas são pequenos e limitados a áreas específicas. A coesão e a consistência da representação da criança não são invalidadas.

5. Muito acentuada. Uma importante capacidade de elaboração e clareza caracteriza as descrições maternas da criança e a relação com elas: exemplos específicos apoiam as descrições gerais e são relevantes e respondem aos estímulos da entrevista. A imagem resultante é extremamente coerente e integrada.

B.5. Diferenciação da representação da criança

1. Pobre. Não há sinais de diferenciação em relação ao feto ou ao futuro filho: a mãe não o reconhece de forma alguma como um indivíduo separado, mas sim o vê como uma espécie de apêndice de si mesmo.

2. Limitado. Na descrição materna, existem elementos de diferenciação que podem ser referentes ao feto e / ou ao recém-nascido, mas a imagem da criança tem dificuldades em assumir uma configuração própria e parece em grande parte indeterminado, confuso ou geral.

3. Moderado. As descrições maternas emergem de uma imagem bastante precisa da criança tanto durante a gravidez quanto após o nascimento, embora ainda exista algum grau de indiferenciação e indeterminação.

4. Considerável. A mãe reconhece os sinais de diferenciação da criança que já estão presentes durante a gravidez e predispõe o ambiente doméstico da criança. As descrições maternas revelam uma imagem definida da criança com atributos e necessidades específicas.

5. Muito acentuada. A diferenciação da criança é muito acentuada: a mãe organizou e programou tudo o que diz respeito à sua chegada, e em suas descrições, ela destaca todos os elementos que a configuram como um ser dotado de uma individualidade definida, com características físicas e psicológicas específicas e com habilidades e autonomia além de sua idade.

B.6 Dependência social

1. Pobre. Não há sinais de influências externas: a imagem da criança é formada por fantasias, expectativas e opiniões maternas.

2. Limitado. Durante a entrevista, a mulher às vezes se refere aos pontos de vista de outras pessoas ou mensagens socioculturais sobre a criança, mas no total elas têm pouca influência na representação da criança.

3. Moderado. Durante a entrevista, a mulher se refere a crenças, discursos, opiniões de outras pessoas sobre a criança. A representação da criança emerge discordantemente de agentes sociais ou como ponto de encontro entre influências externas e as expectativas, opiniões e desejos da mãe.

4. Considerável. A influência dos outros é alta: ao falar sobre a criança, a mãe cita ou adota o ponto de vista dos outros e tende a se adequar aos modelos socioculturais. Pode-se ter a impressão de que existe uma certa vontade de representar.

5. Muito acentuada. As influências externas são preponderantes na concepção da mãe e na imagem da criança. Um tem uma impressão de conformismo, de plausibilidade representativa, de falta de elaboração pessoal.

B. 7. Emergência das fantasias

1. Pobre. Nenhuma fantasia aparece durante a entrevista. A representação do bebê é ancorada exclusivamente a elementos concretos e realistas, não deixando espaço para aspectos imaginários.

2. Limitado. Poucas fantasias, circunscritas a domínios limitados, aparecem. A representação da criança baseia-se principalmente em elementos realistas e verificáveis. A mãe admite que tem dificuldade em imaginar a criança ou prefere não se dedicar a fantasias sobre ele.

3. Moderado. As fantasias são expressas principalmente em resposta aos pontos que estimulam seu surgimento. Eles são mais frequentemente referenciadas em áreas específicas (por exemplo, nascimento, gênero, integridade da criança), embora as conotações imaginárias possam estar presentes mesmo nas descrições idealizadas.

4. Consideráveis. Uma grande quantidade de fantasias surge durante a entrevista. Eles são expressas espontaneamente e não apenas em resposta a regulamentos específicos. Elas dizem respeito à representação do feto e à da criança, mesmo que sejam mais acentuadas em algumas áreas do que outras. Esta pontuação também é dada nos casos em que as fantasias, embora não numerosas, têm um peso e uma importância consistentes, sem, contudo, em um sentido claramente irrealista, a representação da criança.

5. Muito acentuado. As fantasias, independentemente do seu número, emergem por reiteração e / ou de forma coativa durante a entrevista, invadindo a representação da criança e dando-lhe um caráter abertamente irreal.

ANEXO O – IRMAG REPRESENTAÇÕES

CATEGORIAS DAS REPRESENTAÇÕES MATERNAS

1/Representações mãe e filho integradas / equilibradas.

As representações da maternidade e das crianças são suficientemente ricas, investidas emocionalmente; eles fornecem uma imagem coerente da experiência contextualizada na história das mulheres; eles estão abertos a mudanças e duvidam. A gravidez representa um estágio na evolução pessoal da mulher, complementando sua identidade. Mesmo que a gravidez não tenha sido programada, a mulher pode se adaptar a esta nova experiência. Ela é a mãe facilitadora de Raphael-Leff.

Em relação à atribuição de pontuação nas escalas de dimensões representativas, os escores relativos à representação de si mesma bem como a representação mãe em relação ao filho são distribuídos de acordo com os seguintes pontos:

Riqueza de Percepções	-----	3-5
Abertura para mudar	-----	3-5
Investimento emocional	-----	3-5
Consistência	-----	3-5
Diferenciação (categoria superior que inclui outros)-	-----	3-5
Dependência social	-----	2-3
Emergência de fantasias	-----	3-4

2 / Representações maternas << reduzido / desinvestido >>

A mulher não se deixa levar, ela racionaliza (deve ser feita como um estágio na vida >>) e tem uma certa rigidez e auto-afirmação. As representações são episódios impessoais, abstratos, que não transmitem o significado da experiência. C que não é suportada por episódios)

No que diz respeito à atribuição de pontuação nas escalas de dimensões representativas,

os escores relativos à representação de si como mãe e à representação da criança são atribuídos de acordo com os seguintes pontos:

Riqueza de Percepções -----	1-2-3
Abertura para mudar -----	2-3
Investimento-----	1-2-3
Coerência	
(natureza abstrata da experiência que não é suportada por episódios)-----	2-3
Diferenciação (em oposição à mãe e à família) -----	2-3
Dependência social-----	1-2-3
Emergência de fantasias-----	1-2

3 / Representações maternas não integradas / ambivalentes

Existe uma coexistência de tendências diferentes em relação à maternidade e ao futuro da infância, com envolvimento excessivo e dificuldade para se afastar dela. Isso, portanto, dá uma tabela alternada / oscilante, não integrada, que pode ficar confusa. A informação pode ser rica, mas não organizada.

Em relação à alocação de pontuação nas escalas das dimensões de representação da criança são distribuídos de acordo com os seguintes pontos:

Riqueza de Percepções -----	2-4
Abertura para mudar -----	1-3
Investimento-----	2-4
Coerência (imagem confusa, difícil de seguir, contradições)-----	1-3
Diferenciação (oscilação, forte identificação com mãe e recusa)-----	1-2
Dependência social-----	2-4
Emergência de fantasias-----	3-5

Subcategorias de representações maternas

Integrado / equilibrado:

1) Limitado

2) Auto -orientado

3) orientada para a criança

Reduzido / Desinvestido:

1) Acentuado

2) Com medo

3) Auto -orientado

Não integrado / ambivalente:

1) Confuso

2) inversão de papéis

3) Absorvido por ela mesma

Integrado / equilibrada

1. Limitações: o quadro representativo, embora suficientemente equilibrado em relação a si mesmo como mãe e filho, não é particularmente rico em percepções, investimentos emocionais e fantasias. Temos a impressão de um sistema defensivo baseado na realização e no controle. Deve ser distinguido das representações desinfladas com base na coerência e na diferenciação.

2. Auto-orientado: observamos uma representação particular

ANEXO P – IRMAG ESCALAS (CINCO LISTAS DE ADJETIVOS COM BASE NO MODELO) DIFERENCIAL SEMÂNTICO

Escala 1

E: CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DA CRIANÇA

Passiva	_____	Ativa
Calma	_____	Excitada
Voraz	_____	Excitada
Introspectiva	_____	Social
(fechada)		
Dinâmica	_____	Tímida
Educada	_____	Levada
Alegre	_____	Triste
Difícil	_____	Fácil
Não é inteligente	_____	Inteligente
Aceitadora	_____	Recusadora
Desorganizada	_____	Organizada
Desapegada	_____	Afetuoso/Apegada
Independente	_____	Dependente
Decidida	_____	Não decidida
Tímida/Apreensiva	_____	Confiante
Vivaz/ Com vigor	_____	Não vivaz/ Sem vigor
Frágil	_____	Forte

Escala 2
E2: CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DE SI MESMO

Passiva _____	Ativa
Calma _____	Animada
Voraz _____	Indiferente
Introspectiva	
(Fechada) _____	Sociável
Dinâmica _____	Tímida
Educada _____	Barulhenta/ Escandalosa
Alegre _____	Triste
Difícil _____	Fácil
Sem inteligência _____	Inteligente
Que Aceita facilmente _____	Relutante
Desordenada _____	Ordenada
Desapegada _____	Afetuosa/Apegada
Independente _____	Dependente
Determinada _____	Submissa
Tímido _____	Confiante
Vivaz/Com vigor _____	Frígida/Sem vigor
Frágil _____	Forte

Escala 3
E3 : CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DO PAI

Passiva _____	Ativa
Calma _____	Animada
Voraz _____	Indiferente
Introspectiva _____	Sociável
Dinâmica _____	Tímida
Educada _____	Barulhenta/ Escandalosa
Alegre _____	Triste
Difícil _____	Fácil
Não é inteligente _____	Inteligente
Desordenada _____	Ordenada
Desapegada _____	Afetuosa/apegada
Independente _____	Dependente
Apreensiva/Tímida _____	Confiante
Com vigor/Vivaz _____	Frígida/Sem vigor
Frágil _____	Forte

Escala 4
E4: CARACTERÍSTICAS MATERNAIS DE VOCÊ MESMO

Afetuosa	_____	Não afetuosa
Insegura	_____	Segura
Disponível	_____	Indisponível
Flexível	_____	Inflexível
Mãe extremamente atenciosa (Mãe urso)	_____	Desapegada
Impaciente	_____	Paciente
Autoritária	_____	Permissiva
Afetuosa	_____	Não afetuosa
Autoritária	_____	Permissiva
Que aceita facilmente	_____	Recusa frequentemente
Séria	_____	Brincalhona
Controladora	_____	Não controladora
Ansiosa	_____	Tranquila
Não é generosa	_____	Generosa
Satisfeita no papel de mãe	_____	Insatisfeita
Triste	_____	Alegre
Passiva	_____	Ativa
Possessiva	_____	Não possessiva
Acha difícil o papel de mãe	_____	Acha fácil

Escala 5

E5: CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DE SUA PRÓPRIA MÃE

Afetuosa	_____	Não afetuosa
Insegura	_____	Segura
Disponível	_____	Indisponível
Flexível	_____	Inflexível
Mãe extremamente atenciosa (Mãe urso)	_____	Desapegada
Impaciente	_____	Paciente
Autoritária	_____	Permissiva
Afetuosa	_____	Não afetuosa
Autoritária	_____	Permissiva
Que aceita facilmente	_____	Recusa frequentemente
Séria	_____	Brincalhona
Controladora	_____	Não controladora
Ansiosa	_____	Tranquila
Não é generosa	_____	Generosa
Satisfeita no papel de mãe	_____	Insatisfeita
Triste	_____	Alegre
Passiva	_____	Ativa
Possessiva	_____	Não possessiva
Acha difícil o papel de mãe	_____	Acha fácil