

## Tecendo as redes de apoio na prematuridade

Grace Andreani  
Zaira Aparecida O. Custódio  
Maria Aparecida Crepaldi

**Resumo.** O presente artigo tem como objetivo fornecer um panorama sobre o nascimento prematuro e suas repercussões no âmbito familiar, mostrando a vulnerabilidade do bebê em seu desenvolvimento físico e afetivo, bem como a crise emocional que os pais atravessam, durante este evento além da alteração na dinâmica familiar. Apresenta, também, a definição de rede social e sua influência nas situações de crise, mostrando a importância das mesmas durante o processo de nascimento, a fim de se estimular a ativação ou construção de uma rede de apoio efetiva na situação de prematuridade. Por fim, sugere um novo modelo de política de saúde no Brasil que aponta para a atenção humanizada nos nascimentos de risco.

**Palavras-chave:** prematuridade, maternidade, redes sociais.

### *Building support networks during prematurity*

**Abstract.** The present article has as an objective, to provide a panorama on premature birth and its repercussions in the familiar scope, showing the vulnerability of the baby in its physical and affective development, as well as the emotional crisis that the parents go through during this event, besides the alteration in the family dynamics. It presents, also the definition of social network and its influence in the crisis situations, showing its importance during the birth process, in order to stimulate the activation or construction of an effective support network in the prematurity situation. Finally, it suggests a new model of health politics in Brazil that leads to humanized attention in risky births.

**Key words:** prematurity, maternity, social networks.

---

### Introdução

O presente artigo se propõe abordar a importância do apoio das redes sociais no nascimento e particularmente, na situação de prematuridade. Para tanto, realizou-se pesquisa bibliográfica que contemplasse questões referentes ao bebê prematuro em termos de epidemiologia, suas singularidades e as implicações deste evento para seus pais. Enfatizam-se também estudos sobre as redes sociais e em especial o apoio oferecido por tais redes. Por fim objetivou-se salientar a necessidade da existência de uma rede social consistente em situações de crise como a prematuridade.

Dentre as bases de dados pesquisadas (SciELO, Lilacs e Medline), e utilizando-se as palavras chave, prematuridade e redes de apoio, constatou-se que os trabalhos referem-se, em sua maioria, ao envolvimento de pais na atenção a seus filhos prematuros e os efeitos, a longo prazo, da prematuridade para o desenvolvimento infantil e para o vínculo pais-criança (Muller-Nix & cols. 2004; Franck & Spencer, 2003, Linhares, Carvalho, Bordin, & Jorge, 1999; Lamy, Gomes & Carvalho, 1997); visto que essas crianças constituem um grupo de risco para apresentar problemas de desenvolvimento (Linhares & cols. 1999). Assinala-se que estas pesquisas fazem apenas algumas men-

ções, principalmente nas discussões, sobre a necessidade de apoio para essas famílias.

No que se refere ao apoio na situação de nascimento e prematuridade encontrou-se alguns estudos como os de Toma (2003); Rapoport (2003); Rapoport e Piccinini (2002); Dessen e Braz (2000) e Peters (1999). Observou-se também que os métodos utilizados nessas pesquisas foram preponderantemente a observação direta e a entrevista.

### *O bebê prematuro*

O nascimento prematuro, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1961), é definido como aquele que ocorre até 36 semanas e 6 dias gestação. Um recém-nascido é considerado de baixo peso quando atinge um peso igual ou menor que 2.500 g. Nascer anualmente no mundo, 20 milhões de crianças prematuras. Destas, um terço morre antes de completar um ano. Segundo Segre (2002), causas importantes de mortalidade infantil no Brasil são: a anóxia perinatal, as infecções e a imaturidade (bebê com menos de 1.000 g. ao nascer) seguindo das malformações congênitas e doença pulmonar. O estudo de Brenelli (1989) revelou que das mortes neonatais, 75% ocorrem com bebês prematuros.

O peso ao nascer e a idade gestacional determinam os fatores prognósticos essenciais da prematuridade, pelo papel relevante que desempenham na maturidade de vários sistemas em recém-nascido prematuro. De acordo com Linhares & cols. (1999), desvios de qualquer um desses parâmetros poderão resultar em aumento da morbimortalidade neonatal.

A prematuridade é uma questão preocupante, segundo Zucchi (1999), não só pelos índices de mortalidade a ela associados, mas pela qualidade de vida, restrita aos que a ela sobrevivem. Embora tenha havido muitos avanços em Neonatologia, com recursos humanos e tecnologias complexas que possibilitam a sobrevivência de bebês de muito baixo peso (500 ou 600 g.), as seqüelas da prematuridade podem ser graves e penosas, tanto para o bebê quanto para a sua família. Os problemas estão relacionados principalmente ao desenvolvimento in-

telectual e neurológico, de visão e de audição, distúrbios de conduta e risco aumentado de vitimização infantil (Segre, 2002).

Estudos epidemiológicos têm apontado fatores de risco para a prematuridade, como os apresentados por Orr e Miller (1995): fatores sócio-demográficos; gestantes jovens; grau de pobreza; processos patológicos (hipertensão, gemelaridade, infecções, transtornos placentários, má nutrição, toxemia gravídica); comportamentos aditivos da gestante (uso do cigarro, drogas e álcool). Estes autores, no entanto, apontam que tais fatores respondem apenas por uma parte dos nascimentos prematuros (em torno de 30%), levando a pesquisa dos fatores de risco para a prematuridade na direção dos aspectos psicossociais.

Estudos, citados por Lewis, Dlugokinski, Caputo e Griffin (1988), apontam a prematuridade e o baixo peso no nascimento como um fator biológico que contribui para o aumento de risco para desordem emocional em crianças, assim como as hospitalizações decorrentes desta. Na última década, um dos fatores psicológicos que tem sido pesquisado como associado a prematuridade é a depressão na gravidez, que por sua vez está vinculada às dificuldades econômicas e a falta de parceiro ou de suporte familiar e social (Millán & colaboradores, 1990). Neste sentido, frente a um fator de risco biológico, como a prematuridade, pode-se pensar em proteção para o desenvolvimento da criança através de medidas que potencializem fatores de proteção para a família e para o ambiente mais amplo.

Em estudo longitudinal, Werner (1986) ressalta os efeitos positivos da qualidade da interação mãe-bebê para o desenvolvimento de crianças que sofreram risco perinatal, no sentido de que a qualidade deste vínculo precoce potencializa a capacidade de resiliência<sup>1</sup> destas crianças. Sameroff e Chandler, (1975) e Bradley e Casey, (1992), consideram que o balanço en-

<sup>1</sup> Flach (1991) denominou de "resiliência" as forças psicológicas e biológicas exigidas para atravessarmos com sucesso as mudanças em nossas vidas. Através de pesquisas concluiu que há pessoas que, por herança genética e por temperamento, são mais resilientes do que outras.

tre os fatores de risco e de proteção da criança e do ambiente cuidador resultará na sua boa ou má adaptação.

Bradley e Casey (1992) ressaltam que a complexidade dos fatores ecológicos influenciam na qualidade do cuidado que uma criança recebe, especialmente nos casos de crianças nascidas com baixo peso, uma vez que sua vulnerabilidade aumentada as colocam com um potencial maior de exposição aos riscos quando a qualidade do cuidado é baixa. Os estudos a respeito das implicações para o desenvolvimento dessas crianças sofreram transformações ao longo do tempo. Inicialmente, atentavam para os fatores favoráveis ou não para o desenvolvimento; porém atualmente, dizem respeito à observação de ações mais específicas do meio, considerando a influência mútua entre criança e ambiente.

Portanto, a par da importância desta estreita relação, o cuidado destinado às crianças, nascidas com baixo peso sugerem intervenções específicas em relação a seus cuidadores considerando o meio em que estão inseridos, o que segundo Bradley e Casey (1992) pode ser compreendido como ecologia do cuidado. Tais intervenções seriam pontualmente definidas em três alvos: 1) fornecer suporte para a família para que os pais possam oferecer o melhor cuidado que são capazes de oferecer; 2) aumentar diretamente a competência do cuidado parental, estimulando a capacidade dos pais em fornecer estímulos e suporte a seus filhos e 3) aumentar as capacidades – incluindo as sociais – das crianças nascidas com baixo peso para que possam engajar-se nos cuidados a fim de que possam tornar-se mais auto-suficientes.

#### *Mãe e pai prematuros*

Quando uma mulher dá a luz a seu filho, ela passa a viver um dos períodos do ciclo gravídico puerperal – o puerpério. Considerado por Maldonado (1991) como o quarto trimestre da gravidez, o puerpério é marcado por um padrão característi-

co na primeira semana após o parto, ou seja, a labilidade emocional, onde euforia e depressão alternam-se rapidamente e no qual “se processam os fenômenos involutivos do pós-parto” (Freitas & Costa, 1989). Mãe e bebê estão sintonizados do ponto de vista fisiológico, hormonal e comportamental na primeira hora após o parto, podendo ser o momento ímpar para o fortalecimento do apego, segundo Klaus e Kennel (1992).

Pela sensibilidade<sup>2</sup> particular apresentada pelas mães a seus bebês (nascidos a termo) nos dias seguintes ao parto, Brown e colaboradores (1975), citados por Rappaport (1981), partem do pressuposto de que os primeiros encontros entre mãe e o recém-nascido, freqüentemente determinam a natureza das suas relações subsequentes, sendo estabelecidos, nesta época, os padrões individuais de interação, os quais passariam a ser relativamente duradouros. Nesta relação mãe-filho, o comportamento do bebê não pode ser compreendido sem referências ao comportamento da mãe; os dois juntos constituem um sistema adaptado para a construção da relação.

Bowlby (1989) desenvolveu a teoria do apego, que postula a existência de uma organização psicológica interna situada no Sistema Nervoso Central, responsável pela formação e manutenção dos laços emocionais íntimos entre indivíduos. A propensão para estabelecer estes laços emocionais com outros indivíduos especiais é considerada um componente básico da natureza humana, com função biológica de sobrevivência, que já se encontra presente no neonato em forma germinal, e continua na vida adulta e velhice, quando os primeiros laços persistem e são complementados por novos.

Bowlby (1989), em sua teoria, ressaltava que a maneira como a criança é tratada por seus pais influenciará seu desenvolvimento em termos de saúde mental. O que

<sup>2</sup> Segundo Gosselin (2000), a sensibilidade materna faz referência à atenção das necessidades físicas e emocionais do bebê, à prontidão e à eficácia das respostas maternas em relação às necessidades expressas pelo bebê.

esperar do encontro entre pais e bebê prematuro?

Segundo Maldonado (1989), quando um bebê nasce no tempo esperado (bebê a termo), os pais precisam ir se adaptando a esse bebê real, às vezes muito diferente do imaginado. No caso do bebê prematuro eles precisam fazer um ajuste ainda maior. “É um trabalho de luto pelo ideal perdido, no caminho de adaptação a uma realidade com muitas frustrações” (Maldonado, 1989, p.42). A interrupção abrupta de todo um processo preparatório que é a gestação, impossibilita a mãe de um bebê prematuro experimentar a passagem do “bebê imaginário para o bebê real” (Stern, 1997; Klaus & Kennel, 1992).

A respeito disso, Raphael-Leff (1997) relatou:

abrindo os olhos, ela defronta-se com uma criaturinha amassada, azulada, magrinha – bem diferente do querubim rosado, bochechudo de seus sonhos. Experimentalmente, saudando o pequeno estranho, os novos pais devem renunciar ao bebê imaginário para dar lugar ao que é real, cujo aspecto, impressão e, algumas vezes, sexo não são, absolutamente, como fora antecipado. (p.121)

Isto porque o parto prematuro acontece no último trimestre, período no qual a futura mãe estaria processando esta transformação. Sem poder realizar esta adaptação, a mãe do prematuro vive dificuldades na instalação da preocupação materna primária, formulada e definida por Winnicott (1978), como um *setting* no qual a constituição do bebê pode se mostrar; suas tendências de desenvolvimento podem começar a se revelar e o bebê pode experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase inicial da vida. Ainda utilizando os termos deste autor, sem esta “preocupação materna primária”, o “holding<sup>3</sup>” a ser oferecido ao

<sup>3</sup> Winnicott (1978) ressalta que a criança nasce indefesa e desintegrada e a mãe possui a tarefa de oferecer suporte adequado para que esse bebê possa se desenvolver. Esse suporte (holding) tem como função fisiológica a rotina de cuidados básicos, mas tem também uma função maior como a própria sustentação da criança nos braços como forma de transmitir amor.

recém-nascido pela sua mãe pode ser afetado, refletindo sobre a relação afetiva entre eles. Surge então, tanto um bebê prematuro, quanto uma mãe prematura e um pai prematuro, parceiros distintos, formados a partir de uma gestação interrompida precocemente.

Assim como a mãe encontra obstáculos para exercer a maternidade, o bebê prematuro também não consegue ser responsivo, pois seu desenvolvimento depende, em grande parte, da intervenção da equipe de UTI e sua capacidade de respostas aos estímulos externos não corresponde às expectativas de seus pais (Mathelin, 1999). Para esta autora, os pais permanecem ao lado da incubadora, a espera por um movimento ou expressão do bebê que lhes garanta sua condição de pais, como indiciado a seguir: “Como se sentir mãe desse bebê que não dá sinal, que não mama ao seio, que não olha, que não sendo em momento algum tranqüilizante, não fabrica mãe?” (Mathelin, 1999, p.67).

O nascimento de um bebê prematuro tende a ser vivido como um momento de crise aguda, ansiogênico e desgastante. A separação imposta pela internação do bebê numa UTI Neonatal é dolorosa para a mãe, para o pai e também para o bebê. A culpa e a ansiedade são sentimentos característicos dos pais que permanecem apreensivos quanto à sobrevivência do seu filho e quanto a sua normalidade. Esta separação pode vir a interferir na formação do vínculo afetivo entre pais-bebê.

De acordo com Frank e Spencer (2003), há alguns fatores que interferem no envolvimento dos pais com seus filhos prematuros, tais como a existência de outros filhos, o trabalho dos pais, a maturidade dos pais e a instabilidade sócio-econômica. Para Muller-Nix e colaboradores (2004), há particularidades na relação mãe-bebê prematuro, cujas origens não são claras, mas normalmente são atribuídas à imaturidade da criança e suas dificuldades específicas, à separação precoce, à problemática de estimulação e à experiência emocional materna, como os comportamentos intrusivos e controlado-

res da mãe. Esses comportamentos são, para os autores, resultado da influência do estresse materno, na medida em que as mães de crianças prematuras foram observadas como sendo menos sensíveis, o que é explicado pela experiência traumática para a mãe do nascimento prematuro, aliada ao estresse de ter uma criança de risco. Nesse sentido, faz-se muito importante a disposição de uma rede de apoio a esta família na medida em que pode estimular os pais, aparentemente menos habilitados, a formar vínculo com seus bebês e a aproximar-se deles, indo freqüentemente à Unidade Neonatal (Frank & Spencer, 2003).

Ao pai é dada a função de acompanhar o processo de internação de seu bebê. De acordo com Braga e Morsch (2003), o pai é o primeiro a tomar contato com a nova realidade do atendimento intensivo oferecido ao bebê, o primeiro visitante, o primeiro a conversar com a equipe e a receber informações sobre o estado de saúde do bebê e, posteriormente, transmiti-las a sua mulher e ao grupo familiar. Isso o coloca, sem dúvida, num papel especial nesse momento. Seus afazeres se multiplicam pelas cobranças impostas por outros membros da família, pelas solicitações da Equipe de Saúde e pela necessidade de suporte a sua mulher. Segundo as autoras citadas esse início torna-se mais pesado quando o pai está sozinho e não tem com quem dividir suas apreensões, ou quando a mulher não tem um companheiro e/ou não encontra no grupo de familiares e amigos, alguém que lhe apóie e acompanhe.

#### *As redes sociais*

De acordo com Sluzki (1997), as redes sociais apresentam expressiva importância na medida em que influenciam a auto-imagem do indivíduo e são centrais

para a experiência de identidade e competência, muito particularmente na atenção à saúde e adaptação em situações de crise. As redes sociais são definidas como as relações que compreendem não apenas a família nuclear ou extensa, mas aos vínculos interpessoais ampliados como, os amigos, os colegas de trabalho ou de estudo, e as relações que são estabelecidas na comunidade. Assim elas “sustentam e fazem parte do universo relacional do indivíduo” (Sluzki, 1997, p.40).

Klebeck (2000) ressalta que as redes sociais vêm se tornando foco de muitos estudos devido a sua importante significação no bem-estar e cuidado em situações de crise. Esses trabalhos têm como precursor o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento, de acordo com o qual os contextos ambientais são concebidos como uma série de estruturas encaixadas que se interpõem e que vão desde o microsistema que é mais interno e próximo à pessoa, até o macrosistema que é mais geral e externo à pessoa (Bronfenbrenner & Morris, 1998). As redes sociais são encontradas nos diversos sistemas, desde o micro, o qual é definido como o ambiente imediato da pessoa, onde se instauram as interações interpessoais que exercem influência direta sobre as mesmas, até os sistemas mais amplos como o mesossistema e exossistema, por exemplo, (Sluzki, 1997).

As redes, para Sluzki (1997), possuem características que podem ser explicadas em termos de sua estrutura, sua funcionalidade ou pelos atributos de seu vínculo. A figura 1 apresenta o quadro elaborado neste artigo com o intuito de facilitar a organização dos conceitos apresentados pelo autor, ou seja, relaciona a estrutura, a funcionalidade e os atributos das redes com suas definições respectivas.

<b>Estrutura das redes</b>	<b>No que consiste</b>
Tamanho	número de pessoas na rede, que preferencialmente não deve ser nem muito grande, nem muito pequena;
Densidade	a conexão entre os membros;
Composição ou distribuição	as redes não devem ser muito centradas em algum quadrante* pois se tornam menos flexíveis;
Dispersão	distância geográfica entre os membros;
Homogeneidade e heterogeneidade	sexo, idade, cultura e nível sócio-econômico.
<b>Funcionalidade das redes</b>	
Companhia social	realização de atividades conjuntas;
Apoio emocional	atitudes emocionais positivas como empatia, compreensão e apoio;
Guia cognitivo ou de conselhos	interações para promover o compartilhamento de informações, esclarecimentos e modelos de papéis;
Regulação social	reafirmação de responsabilidades e papéis neutralizando desvios de comportamento.
Ajuda material e de serviços	colaboração baseada em conhecimentos específicos e especializados, incluindo os serviços de saúde.
Acesso a novos contatos	abertura a novas redes que não faziam parte das redes do indivíduo.
<b>Atributos do vínculo</b>	
Função predominante do vínculo	
Multidimensionalidade	quantidade de funções desempenhadas pela pessoa;
Reciprocidade	simetria entre as duas pessoas
Intensidade ou compromisso da relação	
Frequência de contatos	
História da relação	

**Quadro 1** – Variáveis de estrutura, funcionalidade e atributos das redes sociais com suas respectivas definições.

A funcionalidade das redes sociais é determinada pelo tipo de intercâmbio entre as pessoas que a constituem e mais de uma função pode ser desempenhada por cada vínculo da rede, principalmente nas relações íntimas familiares e de amizade. Todas essas variáveis são interdependentes, resultando da combinação de funções. As divisões das redes em formas de relevância e tipologia possibilitam decidir qual rede pode ser ativada, desativada ou modificada em momentos de crise.

Sluzki (1997) ressalta também que a

ligação entre a saúde das pessoas e o estabelecimento de uma rede social estável, ativa e confiável, é significativa, tanto no que se refere à influência da rede sobre a saúde das pessoas, quanto na influência que a rede recebe considerando-se o estado de saúde das mesmas. Assim, algumas formas desse auxílio designado pelos que estão próximos podem ser representadas pela queda da reatividade de pacientes às manipulações médicas, na presença de um membro da rede. Mesmo em casos menos específicos é possível avaliar a influência da rede social,

como o favorecimento da organização de identidade, ou favorecendo atividades sociais como dietas, exercícios ou sono. Por outro lado, a instauração de uma doença afeta as redes na medida em que reduz a oportunidade de contatos sociais, de reciprocidade e também pela pouca gratificação recebida em função das doenças crônicas. Contudo, a presença de uma doença pode gerar outras redes como aquelas formadas pelos serviços de saúde e que, podem adquirir caráter central por seu apoio instrumental e emocional.

As redes de apoio são definidas por Brito e Koller (1999), pela disponibilidade de apoio e reforço por pessoas significativas ou sistemas, diante de situações de crise, propiciando estratégias de enfrentamento através de carinho, encorajamento ou assistência. Para Dessen e Braz (2000), o apoio social é fundamental ao longo do desenvolvimento humano, tendo destaque durante períodos de transição e de mudanças.

O nascimento de um filho é uma destas situações em que se requer a adaptação da mulher e do homem à nova vida, que inclui, por exemplo, as demandas do bebê e as mudanças na interação conjugal. Rapoport (2003) afirma que pessoas com boas redes de apoio social e afetivo são mais competentes para oferecer apoio e estabelecer relações próximas e significativas, fazendo parte da rede de outras pessoas, e tendem a ter capacidade aumentada para enfrentar eventos da vida.

No âmbito das instituições, as redes com a funcionalidade de ajuda material e de serviços são muito importantes na medida em que pressupõem a colaboração de especialistas e atuam por sua vez em momentos de crise. A percepção da equipe de saúde de avaliar o grau de dificuldade da situação encontrada pelo paciente é crucial, pois demonstra a necessidade de se acionar a rede deste paciente ou desta família em prol de um melhor desencadeamento do trabalho (Klefbeck, 2000).

A internação de um bebê numa UTI Neonatal configura uma “situação de crise”, com repercussões sobre todo o grupo

familiar, podendo comprometer o estabelecimento dos vínculos afetivos (Maldonado, 1989). A equipe de saúde da UTI Neonatal deve ser capaz de perceber as tramas implícitas e explícitas em jogo, para poder identificar com a família os possíveis caminhos na construção de vínculos.

#### *O apoio das redes sociais no nascimento prematuro*

A rede social durante a gestação, e logo após o nascimento, é benéfica para o comportamento e emoções da nova mãe, em um momento gerador de inseguranças, devido às aceleradas transformações pelas quais ela passa (Rapoport & Piccinini, 2002). Para Linhares (2002), o nascimento de um bebê pré-termo suscita na mãe efeitos emocionais que podem fragilizar o desígnio dos cuidados básicos e afetivos para o bebê. Assim, a atenção não deve ser direcionada apenas aos cuidados oferecidos ao bebê, mas também é importante fornecer proteção para a mãe.

Rapoport e Piccinini (2002) afirmam que aquelas mães com uma rede social mais consistente e que, por sua vez, podem ter suas necessidades emocionais atendidas, tendem a solicitar mais apoio para elas mesmas, bem como manter uma interação mais sensível com o bebê. Gomes, Quayle, Neder, Leone e Zugaib (1997) ressaltam a necessidade particular das mães de acolhimento para a sua dor e sofrimento intensos e de serem reasseguradas em relação aos cuidados que desempenham frente a seus filhos, os quais, de fato, necessitam também dos cuidados especializados de profissionais para sobreviverem. Estes autores enfatizam a intensa vivência psíquica das mães, onde desejo, culpa, medo e ansiedade se misturam fazendo-as sentirem-se muito isoladas dentro do seu sofrimento.

Diante deste estado a mãe, durante a internação de seu filho prematuro, necessita de uma rede cuja função seja a do apoio emocional, que, conforme Sluzki (1997), consiste numa relação de empatia, de estímulo e apoio estabelecida através de amizades íntimas e de relações familiares pró-

ximas, que de fato sejam significativas para esta mãe e/ou pai. Muitas vezes, para poder acompanhar seu filho internado ela precisa de outros vínculos, para desempenhar a função de companhia social e ajuda material em casa com seus outros filhos, além de ter que contar com pessoas que possam compartilhar informações pessoais ou sociais e que possam servir como modelos de papéis, funcionando assim, como guia cognitivo.

Antes da alta do bebê, é imprescindível que a equipe de saúde identifique juntamente com os cuidadores com quem de fato eles poderão contar, como eles construirão sua rede social de apoio. Segundo Sluzki (1997), cada vínculo da rede pode desempenhar mais de uma função, de modo que, a tia materna, por exemplo, pode servir como ajuda material ao mesmo tempo em que participa como apoio emocional.

Para melhor compreender as interações que os indivíduos estabelecem, Sluzki (1997) refere que a rede social pessoal pode ser configurada em forma de um “mapa de rede”. Este mapa é constituído por quatro quadrantes que simbolizam amizades, família, relações de trabalho ou estudo e relações comunitárias. Esta configuração se dá através de três círculos circunscritos que representam as relações íntimas (círculo interno), as relações sociais ou profissionais (círculo intermediário) e as relações ocasionais (círculo externo).

De acordo com a demanda de apoio emocional dos pais de bebê prematuro, observa-se que num primeiro momento tal função é desempenhada, principalmente, por aquelas pessoas localizadas como familiares íntimos e amigos próximos no círculo interno do mapa proposto por Sluzki (1997). No entanto, outras funções como ajuda material e de serviços podem estar dispostas nos círculos intermediário ou externo deste mapa, como por exemplo o auxílio prestado por vizinhos em relação aos cuidados com os outros filhos e com as tarefas domésticas.

Stern (1997) se refere a este apoio como uma “rede maternal”, necessária para

as mães, pois têm a função de “protegê-la fisicamente, prover suas necessidades vitais, afastá-la da realidade externa para que ela possa ocupar-se de seu bebê” (pg. 31). Outra função desta rede, também citada pelo autor, se dá no sentido de instruir a mãe e ajudá-la em suas tarefas neste momento. É somente nestas condições que a mulher será capaz de alcançar bons resultados nas tarefas de manter o bebê vivo, crescendo e se desenvolvendo fisicamente e, ao mesmo tempo, envolver-se emocionalmente com esta criança, amando-a, identificando-se com ela e sendo sensível para melhor responder às suas necessidades.

Para Crockenberg (1981), há uma clara associação entre o apoio social e a segurança do apego sendo que a escassez daquele é associada, além da responsividade materna, à resistência, evitação e apego ansioso<sup>4</sup>. A possibilidade de acionar cuidados para a mãe e o bebê faz com que os papéis de mãe e pai sejam mais facilmente desenvolvidos, e facilita também comportamentos afetivos em comparação à inexistência dessa possibilidade (Peters, 1999). Segundo este autor, quando os pais dispõem de uma rede de apoio o bebê, além de não perder os pais, agrega para si outras pessoas que a cuidam amorosamente.

Muller-Nix e colaboradores (2004) assinalam a necessidade de detectar pais com experiências estressantes na situação de prematuridade a fim de planejar intervenções de apoio no período neonatal, o que poderá ajudá-los a lidar com as dificuldades da transição para a parentalidade. Prover suporte emocional e social para os pais pode moderar o efeito adverso dessa experiência estressante, bem como ter um efeito positivo na interação pais-criança.

Atualmente, conforme Rapoport e Piccinini (2002), as redes de apoio social se encontram diminuídas e muitas vezes a mulher acaba ficando com toda a respon-

<sup>4</sup>Trata-se de um padrão de Apego denominado “apego A” no qual se encontram os bebês considerados “ansiosamente apegados à mãe e esquivos”, são mais amistosos com estranhos do que com a mãe e evitam a mãe após a segunda ausência breve (Ainsworth e cols, 1978).



sabilidade pelo cuidado do bebê, o que dificulta tanto a relação dela com o bebê quanto à relação conjugal. A falta de um apoio consistente na prematuridade pode ocasionar dificuldades para a mãe, especialmente quando os papéis conjugais são definidos desta forma (Toma, 2003).

A figura dos avós na relação dos cuidados com sua filha e seus netos é muito comum. Peters (1999) afirma que um meio de ampliar a família é certamente através dos avós, tanto pela ligação com as crianças quanto pelo benefício mútuo das relações familiares. Este apoio por parte dos avós é denominado por Braga, Morsch, Lopes e Carvalho (2001), de “maternagem ampliada”.

De acordo com o estudo de Braz e Dessen (2000) em que foram entrevistados 15 casais de camadas populares, a respeito das transformações na rede de apoio de mães grávidas e com bebês de até seis meses, as avós foram apontadas como a segunda fonte de apoio, ficando o marido/companheiro como a principal fonte de apoio. Porém, na ausência do cônjuge, amigos e parentes aparecem como o principal sistema de apoio para o bem-estar emocional de mães/pais.

De acordo com Muller-Nix e colaboradores (2004), dentre os elementos envolvidos na questão da prematuridade, o impacto da qualidade da interação pais-bebê prematuros é muito importante. Os avanços relativos a esta interação, no entanto, datam somente de duas décadas, como a presença dos pais na Unidade Neonatal e o aumento do suporte emocional oferecido aos pais nesse período. Linhares e colaboradores (1999), também ressaltam a importância dos grupos de pais de bebês prematuros e/ou doentes, que através do apoio de membros da equipe interdisciplinar, podem elaborar a situação de crise que vivenciam, além de se configurar num grupo de fortalecimento mútuo.

O Brasil hoje, vem trabalhando com a visão de um novo paradigma, que é o da atenção humanizada ao bebê prematuro e de baixo peso, à mãe e à família, respeitando-os em suas características e individuali-

dades. O Ministério da Saúde lançou por meio da Portaria nº 693 de 5/7/2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru (Brasil, 2002).

Este método, centrado na humanização, compreende ações desde o pré-natal de alto risco, onde são identificadas as gestantes de risco para parto prematuro, até a alta hospitalar do bebê e sua família. É desenvolvido em três etapas, em nível hospitalar e ambulatorial, cujos fundamentos básicos são norteados pelo acolhimento ao bebê e sua família na UTI, sua subjetividade, respeito à capacidade neurológica do bebê, minimização das intervenções neonatais e do meio ambiente, promoção do aleitamento materno e do contato pele a pele o mais precoce possível, envolvimento dos pais nos cuidados com o bebê e inserção da rede de apoio aos pais no processo. Essas ações são realizáveis a partir do trabalho da equipe interdisciplinar que deverá ser treinada e sensibilizada para esta metodologia. A equipe deverá atuar, cada um com sua especificidade profissional, porém numa postura interdisciplinar frente às demandas do que se pode denominar de “família prematura”.

## Conclusões

Através deste artigo pôde-se perceber que a prematuridade constitui um sério problema pelas altas taxas de morbimortalidade que apresenta e pelos riscos de desenvolvimento que pode acarretar nestes bebês. A família, por sua vez, também prematura, geralmente não dispõe de recursos pessoais e/ou sociais para lidar com esta situação mobilizadora e estressante, podendo deflagrar neste momento conflitos de diversas ordens. No entanto, percebemos a importância das redes sociais, que nas suas múltiplas funções, organizam-se através de esforços protetores frente a um evento estressante como o nascimento de um bebê prematuro e sua permanência na UTI Neonatal. Elas exercem a importante função de

reduzir o impacto do risco e oferecer oportunidade de um desenvolvimento saudável para a nova família.

O Método Mãe Canguru no Brasil, enquanto política de saúde, mostra-se como um conjunto de estratégias de intervenção que viabilizam fatores de proteção para o desenvolvimento de bebês prematuros, pois assegura a formação e/ou fortalecimento do vínculo afetivo mãe-pai-bebê e estimulação precoce, cuidados individualizados ao bebê, respeitando sua capacidade neurológica e de interação, inserção da família nos cuidados e acompanhamento do bebê, além de representar para a família um suporte social importante na situação de crise em que se encontram. Neste sentido, constata-se que o suporte social vem de uma ampla rede social, incluindo recursos da comunidade, instituições como, por exemplo, o hospital. Sabe-se, porém, que este modelo de assistência neonatal é recente e está em fase de implantação nos hospitais do Brasil, com algumas dificuldades, pois implica, sobretudo, numa mudança de atitude do cuidador que presta assistência ao bebê e sua família.

Embora haja perspectivas, a médio e longo prazo, de promover a atenção humanizada neonatal em um número maior de instituições, o esforço das políticas de saúde deve ser o da prevenção dos fatores de risco para a prematuridade. Assim, através de uma assistência de qualidade prestada à gestante, os profissionais de saúde que dela se ocupam, poderão identificar os riscos biológicos e psicossociais, na tentativa de evitar um parto prematuro.

### Referências

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale: Erlbaum.
- Bowlby, J. (1989). *Uma Base Segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Bradley, R. H., & Casey, P. H. (1992). Family environment and behavioral development of low-birthweight children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 34 (9), 822-832.
- Braga, N. A., & Morsch, D.S. (2003). Os primeiros dias na UTI. Em M.E.L. Moreira, N.A. Braga & D.S. Morsch. *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal* (pp. 51-68). Rio de Janeiro: Fiocruz
- Braga, N. A., Morsch, D.S., Lopes, J. M. A., & Carvalho, M. (2001.) Maternagem ampliada – a transgeracionalidade em UTI neonatal. *Pediatria Moderna*, 47, 312-317.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brenelli, M.A. (1989). *Estudo epidemiológico da distribuição de peso, idade gestacional e da mortalidade neonatal da população de nascidos vivos de duas maternidades de Campinas*. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP.
- Brito, R. C., & Koller, S. H. (1999). Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. Em A. M. Carvalho (Org.) *O mundo social da criança: natureza e cultura em ação* (pp.115-129). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. Em Damon, W. (Org.), *Handbook of child psychology* (pp. 993-1027). New York: John Wiley & Sons.
- Crockenberg, S. B. (1981). Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development*, 52, 857-865.
- Dessen M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 221-231.
- Flach, F. (1991). *Resiliência: a arte de ser flexível*. São Paulo: Saraiva.
- Franck, L., & Spencer, C. (2003). Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. *Birth*, 30,1.
- Freitas, F., & Costa, S. M. (1989). *Rotinas em obstetrícia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gomes, A. L.H., Quayle, J, Neder, M., Leone, C., & Zugaib, M. (1997). Mãe-bebê pré-termo: as especificidades de um vínculo e suas implicações para a intervenção multiprofissional. *Revista de Ginecologia & Obstetrícia*, 8 (4), 205-208.

- Gosselin, C. (2000). La fonction des comportements de soin parental: une reconceptualisation de la sensibilité maternelle. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2, 103-111.
- Klaus, M. H., & Kennel, J. H. (1992). *Pais/Bebês: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klebeck, J. (2000). Terapia de red: un método de tratamiento en situaciones de crisis. *Revista Sistemas Familiares*, 16 (1), 47-63.
- Lamy, Z. C., Gomes, R., & Carvalho, M. (1997). A percepção dos pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. *Jornal da Pediatria*, 73 (5), 293-297.
- Lewis, R. J., Dlugokinski, E. L., Caputo, L. M., & Griffin, R. B. (1988). Children at risk for emotional disorders: risk and resource dimensions. *Clinical Psychology Review*, 8, 417-440.
- Linhares, M.B.M. (2003). Prematuridade, risco e mecanismos de proteção do desenvolvimento. *Temas sobre desenvolvimento*, 12, pp.18-24. Suplemento especial.
- Linhares, M.B.M., Arvalho, A. E.V., Bordin, M.B.M., & Jorge, S.M. (1999). Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês pré-termo com peso de nascimento < 1500g: na UTI-neonatal e no segmento longitudinal. *Temas em Psicologia*, 7 (3), 245-262.
- Maldonado, M.T. (1989). *Maternidade e paternidade: situações especiais e de crise na família*. Petrópolis: Vozes.
- Maldonado, M.T. (1991). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. (12. ed.). Petrópolis: Vozes.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud.
- Millán, T, Yevenez, R., Galvez, M., & Bahamonde, M.I. (1990). A survey of the depressive symptoms in pregnant women at urban primary care consultation office. *Revista Médica de Chile*, 118, 1230-1234.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Perrethumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A., & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79, 145-158.
- Orr, S. T., & Miller, C. A. (1995). Maternal depressive symptoms and risk of poor pregnancy outcome: review of the literature and preliminary findings. *Epidemiologic Reviews*, 17, 65-171.
- Peters, J. K. (1999). *Mães que trabalham fora: segredos para conciliar a vida profissional e familiar*. São Paulo: Mandarim.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rappaport, C. R. (1981). *Psicologia do desenvolvimento: a infância inicial – o bebê e sua mãe*. (Vol. 2), São Paulo: EPU.
- Rapoport, A. (2003). *Da gestação ao primeiro ano de vida do bebê: apoio social e ingresso na creche*. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2002). A escolha do cuidado alternativo para o bebê e a criança pequena: uma situação sempre difícil. *Estudos de Psicologia* (submetido para publicação).
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. Em: F. D. Horowitz, M. Harrington, S. Scarr-Salapatec & G. Singel. *Review of Child Development Research* (Vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- Segre, C. A. M. (2002). *Perinatologia: fundamentos e prática*. São Paulo: Sarrier.
- Sluzki, C. A. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Toma, T. (2003). Método Mãe Canguru: O papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 19 (2), 5233-5242.
- Zucchi, M. (1999). Depressão na gravidez e prematuridade: aspectos epistemológicos

da investigação. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (1), 89-97.

Werner, E. E. (1986). A longitudinal study of perinatal risk. Em D. C. Farren & J. D. McKinney. *Risk intellectual and psychosocial development* (pp. 3-27). New York, Academic Press.

Winnicott, D. (1978). *Da pediatria à psicanálise: textos selecionados*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

World Health Organization. (1961). *Public health aspects of low birth weight*. Geneva, (Technical Report Series, 217).

Recebido em janeiro de 2006

Aceito em abril de 2006

**Autores**

Maria Aparecida Crepaldi

Doutora em Saúde Mental pela UNICAMP, professora do Departamento e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFSC.

Grace Andreani

Graduada e Mestranda em Psicologia pela UFSC.

Zaira Aparecida O. Custódio

Graduada pela UFSC e Psicóloga da Maternidade do HU – UFSC.

**Endereço para correspondência:**

crepaldi@cfh.ufsc.br