



Programa aprovado pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da UFPA – Resolução 2545/98. Reconhecido nos termos das Portarias N°. 84 de 22.12.94 da Presidente da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES e N°. 694 de 13.06.95 do Ministério da Educação e do Desporto. Doutorado autorizado em 1999.

Mãe adolescente e o recém-nascido pré-termo e de baixo peso:

Estudo sobre cuidado, vínculo e desenvolvimento no ambiente hospitalar

Gabriela Ribeiro Barros de Farias

Belém-PA

2022

Mãe adolescente e o recém-nascido pré-termo e de baixo peso:

Estudo sobre cuidado, vínculo e desenvolvimento no ambiente hospitalar

Gabriela Ribeiro Barros de Farias

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora.

Orientadora: Prof^a Dr^a Celina Maria Colino Magalhães

Co-Orientador: Prof^o Dr. Janari da Silva Pedroso

Colaborador/estatística: Prof^o Dr. Amauri Gouveia Jr

Belém-PA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
UFPA/Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento/Biblioteca

F224m Farias, Gabriela Ribeiro Barros de
Mãe adolescente e o recém-nascido pré-termo e de baixo peso : estudo
sobre cuidado, vínculo e desenvolvimento no ambiente hospitalar / Gabriela
Ribeiro Barros de Farias. – 2022.

185 f. : il.

Orientadora: Celina Maria Colino Magalhães

Coorientador: Janari da Silva Pedroso

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e
Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em Teoria e
Pesquisa do Comportamento, Belém, 2022.

1. Comportamento humano – Aspectos psicológicos. 2. Maternidade. 3.
Adolescentes. 4. Prematuros – Assistência hospitalar. 5. Baixo peso ao
nascer. I. Título.

CDD – 23. ed. – 155.2

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

Gabriela Ribeiro Barros de Farias, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém-PA, Brasil.

Programa aprovado pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da UFPA – Resolução 2545/98. Reconhecido nos termos das Portarias N°. 84 de 22.12.94 da Presidente da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES e N°. 694 de 13.06.95 do Ministério da Educação e do Desporto. Doutorado autorizado em 1999.

Contato: Gabriela Ribeiro Barros de Farias.

Mail: gabriela.farias@uepa.br

Defesa de Doutorado

“Mãe adolescente e o recém-nascido pré-termo e de baixo peso: Estudo sobre cuidado, vínculo e desenvolvimento no ambiente hospitalar.”

Aluna: Gabriela Ribeiro Barros de Farias.

Data da Defesa: 17 de agosto de 2022.

Resultado: Aprovada.

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Celina Maria Colino Magalhães (orientadora - UFPA/PPGTPC).

Prof^o Dr^o Janari da Silva Pedroso (coorientador - UFPA/PPGTPC).

Prof^a Dr^a Miria Benincasa Gomes (membro 1 – Universidade Católica de Santos - UNISANTOS).

Prof^a Dr^a Márcia de Fátima Maciel de Rojas (membro 2 - UEPA/CCBS).

Prof^a Dr^a Denise da Silva Pinto (membro 3 - UFPA/ICS).

Prof^a Dr^a Daniela Castro dos Reis (membro 4 - UFPA/PPGTPC).

Termo de Autorização e Declaração de Distribuição não exclusiva para Publicação Digital no Repositório Institucional da UFPA

IDENTIFICAÇÃO DO AUTOR E DA OBRA

Autor*: Gabriela Ribeiro Barros de Farias

Vínculo com a UFPA: () Servidor; (X) Discente Unidade: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Sub Unidade: Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Tipo do documento: (X) Tese; () Dissertação; () Livro; () Capítulo de Livro; () Artigo de Periódico;
() Trabalho de Evento; () Outro. Especifique:

Título do Trabalho: Mãe adolescente e o recém-nascido pré-termo e de baixo peso: Estudo sobre cuidado, vínculo e desenvolvimento no ambiente hospitalar

Data da Defesa: 17/08/2022 Área do Conhecimento: Ecoetologia – Desenvolvimento Humano

Agência de Fomento: Nenhum

*Para cada autor, uma autorização preenchida e assinada.

DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO EXCLUSIVA

O referido autor:

- Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.
- Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Universidade Federal do Pará os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros, está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal do Pará, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a UFPA a disponibilizar de acordo com a licença pública *Creative Commons* Licença 3.0 *Unported*, e de acordo com a Lei nº 9610/98, o texto integral da obra citada, conforme permissões abaixo por mim assinaladas, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a partir desta data.

Permitir o uso comercial da obra?

- () Sim
(X) Não

Permitir modificações em sua obra?

- () Sim, contanto que compartilhem pela mesma licença
(X) Não

O documento está sujeito ao registro de patente?

- (X) Sim
() Não

A obra continua protegida conforme a Lei do Direito Autoral.



Belém(PA), 02/09/2022

Assinatura do Autor e/ou Detentor dos Direitos do Autor

Figura 1

Mãe Adolescente e Bebê Pré-termo e de Baixo Peso



Nota. Arquivo pessoal.

Dedico esta tese a todas as mães e bebês participantes desta pesquisa e a minha família, em especial aos meus filhos Gabriel e Luiza e a minha própria mãe Glória, por me ensinarem sobre o amor e a arte de ser mãe.



Por todo o caminho acadêmico e profissional de uma pessoa, alguns seres iluminados e especiais exercem um papel significativo por cada conquista, cada superação e cada aprendizado que merecem uma menção honrosa e gratidão por fazerem parte deste caminho.

A princípio agradeço a Deus, pela fé, pelo amparo espiritual e por sempre ter me mantido confiante e conduzido minhas ações profissionais e acadêmicas em prol de uma assistência mais humanizada e acolhedora para as mães e bebês da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA).

Agradeço também aos meus pais, Antônio e Glória, e meus irmãos, Gisele, Gilberto e Geiseana, pela paciência, pelo amor e por tantos momentos de aprendizagem e formação do meu caráter.

Agradeço pelo meu esposo, Elídio Júnior, companheiro em todas as horas nestes vinte e cinco anos de convivência, principalmente em confortar meu coração nos momentos de angústia e por me dar a segurança para continuar meus estudos.

Agradeço aos meus filhos, Gabriel e Luiza, por terem me mostrado que o caminho da maternidade e do cuidado vai além de todas as explicações, que o amor é construído a partir do desejo em se tornar mãe e que aumenta significativamente a cada vivência diária, o toque, o cheiro, o colo, o cuidado, a superação e a paciência.

Também agradeço e dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde, que se empenharam em fazer o seu melhor durante a pandemia, que não desistiram e que trocaram o medo, pela força para lutar contra algo desconhecido, em especial, aos funcionários da Clínica de Neonatologia da FSCMPA. Um carinho especial aos meus colegas de trabalho da enfermagem canguru, em especial Dra. Maria Helina, Dra. Caroline Chimoka e a minha amiga e irmã de tutoria em canguru enfermeira Auxiliadora Pantoja.



Agradeço aos anjos e parceiros que Deus colocou na minha vida durante esta jornada, aos residentes da FSCMPA: Luana Caetano, Paulo Silva, Carla Camila e Suellen Neves; aos amigos e professores Elson Ferreira, Sandra Baia e querida Profa. Dra. Ilma Pastana, vice-reitora da Universidade do Estado do Pará (UEPA), parceiros neste caminho de dedicação docente.

Agradeço aos meus professores, em especial, a Profa. Celina Magalhães, minha orientadora, que sempre confiou na realização deste trabalho, ao Prof. Janari Pedroso pelos momentos de aprendizagem e ao Prof. Amauri Gouveia Jr. pela disponibilidade e atenção durante a análise dos dados. Agradeço também ao Laércio Silva, secretário do programa, e aos demais professores do Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento.

O coração do nosso sistema social é a família. Se quisermos manter a saúde da nossa sociedade, temos que descobrir a melhor forma de proteger este coração (...) De todos os contextos que nos ajudam a sermos humanos, a família fornece as condições de desenvolvimento mais importantes: o amor e o cuidado que uma criança necessita para desenvolver com sucesso. A criança que se transformará em um futuro adulto saudável é aquela que tem pessoas dedicadas, ativamente engajadas na sua vida - aquelas que a amam, que passam tempo com ela e estão interessadas no que ela faz e quer fazer, no que realiza no dia a dia (...). Uma criança precisa de envolvimento irracional. Alguém tem de ser louco por essa criança! Outros contextos, como a escola, à igreja ou a creche são importantes para o desenvolvimento da criança, mas ninguém pode substituir a unidade básica do nosso sistema social: a família. Ela é o mais humano, o mais poderoso e o sistema mais econômico conhecido para tornar e manter os seres humanos mais humanos.

(Urie Bronfenbrenner)

RESUMO

Farias, G. R. B. (2022). **Mãe adolescente e o recém-nascido pré-termo e de baixo peso:** Estudo sobre cuidado, vínculo e desenvolvimento no ambiente hospitalar. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém-PA, 185 p.

Introdução: anualmente, nascem quinze milhões de bebês de forma prematura em todo mundo, a maioria com histórico associado ao baixo peso, os quais necessitam de um suporte tecnológico e de cuidados especializados para manter sua estabilidade clínica e sobrevivência. Nestes termos, um percentual considerável destes nascimentos, advém de mulheres ainda na fase da adolescência, que também demandam um cuidado especializado e uma rede familiar de suporte para garantir uma assistência pré, peri e pós-natal segura e eficaz. Considerando as particularidades vinculadas aos dois contextos, este estudo vislumbra como se processam os aspectos relativos ao desenvolvimento neurocomportamental dos bebês, quais as necessidades de cuidado e o que permeia a relação que se estabelece entre mãe e bebê ainda no ambiente hospitalar, considerando a necessidade de internação do bebê mediante sua condição clínica e os processos que envolvem o início da maternidade quando esta ocorre ainda na fase da adolescência. **Objetivo:** analisar a relação entre o vínculo/apego entre mãe adolescente-bebê, o cuidado materno e o desenvolvimento neurocomportamental do bebê pré-termo e de baixo peso no ambiente de uma unidade neonatal. **Método:** trata-se de uma pesquisa transversal, exploratória, descritiva, de abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida em um hospital materno infantil do norte do Brasil, referência em Método Canguru, especificamente na Unidade Canguru - UCINCa. Participaram trinta e uma díades, mães adolescentes e seus respectivos bebês pré-termo e de baixo peso. Foram aplicados os instrumentos: ficha de dados Sócio Demográficos e Clínicos; MPAS, Exame Neurológico Neonatal de *Hammersmith* e entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados por meio do Teste de Correlação de

Pearson e ANOVA, organizados por tabelas contendo frequência e médias (nível de significância $\alpha = 0,05$ ou 5%); para análise léxica das entrevistas utilizamos o *Software Iramutec*, versão 0.7 alpha2, através da Classificação Hierárquica Descendente. **Resultados:** os dados quantitativos indicaram boa resposta de apego materno no MAPS, padrão neuroevolutivo adequado a idade gestacional corrigida dos recém-nascidos; correlações significativas entre o padrão de apego materno aos dados sócio-demográficos, especialmente os relacionados a rede social de apoio e escolaridade materna; contudo, baixa correlação entre o desenvolvimento neurológico ao padrão de apego. Os dados qualitativos demonstrou envolvimento significativo da mãe adolescente no acompanhamento e cuidado disponibilizado a seu bebê, resgatando seu papel materno no decorrer do acompanhamento do seu bebê.

Conclusão: esta pesquisa demonstrou que as variáveis maternas e clínicas do bebê apresentam relação direta com a formação do vínculo entre mãe e bebê; o padrão de desenvolvimento neurocomportamental permanece evoluindo neurologicamente independente das variáveis maternas e do bebê; o cuidado materno se estabelece mediante o envolvimento da mãe na rotina da unidade neonatal; e a maternidade adolescente mostrou similaridade sobre vínculo e cuidado quando comparada a estudos realizados com mães adultas. A rede social de apoio confere uma influência direta sobre os aspectos emocionais da mãe adolescente, reforçando assim a importância de promover o envolvimento da família nos cuidados, a qual interfere na qualidade de vida da mãe e do bebê após a alta hospitalar. Políticas de apoio familiar, prevenção de gestação adolescente e acompanhamento do pré-natal eficiente e direcionado a esta clientela, são subsídios essenciais para um melhor prognóstico do desenvolvimento neuropsicomotor do bebê, assim como pode minimizar os riscos de morbimortalidade materna e neonatal e promover maior vínculo entre a mãe e o bebê.

Palavras-chave: maternidade; adolescente; prematuro; baixo peso; vínculo.

ABSTRACT

Farias, G. R. B. (2022). **Adolescent mother and preterm and low weight newborns: Study on care, attachment and development in the hospital environment.** Doctoral thesis. Postgraduate Program in Behavior Theory and Research. Belém-PA, 185 p.

Introduction: fifteen million babies are born prematurely worldwide each year, most of them with a history of low birth weight, which require technological support and specialized care to maintain their clinical stability and survival. In these terms, a considerable percentage of these births come from women still in their adolescence, who also require specialized care and a family support network to ensure safe and effective pre, peri and postnatal care. Considering the particularities linked to the two contexts, this study glimpses how the aspects related to the neurobehavioral development of babies are processed, what are the care needs and what permeates the relationship that is established between mother and baby still in the hospital environment, considering the need to hospitalization of the baby due to its clinical condition and the processes that involve the beginning of motherhood when it is still in adolescence.

Objective: To analyze the relationship between the bond/attachment between adolescent mother and baby, maternal care and the neurobehavioral development of preterm and low birth weight babies in the environment of a neonatal unit. **Method:** this is a cross-sectional, exploratory, descriptive research, with a quantitative-qualitative approach. The research was developed in a maternal and child hospital in the north of Brazil, a reference in Kangaroo Method, specifically in the Kangaroo Unit - UCINCa. Thirty-one dyads, adolescent mothers and their respective preterm and low birth weight babies, participated. The following instruments were applied: Socio-Demographic and Clinical data sheet; Postnatal Attachment Scale, Hammersmith Neonatal Neurological Examination, and semi-structured interview. Data were analyzed using Pearson's Correlation Test and ANOVA, organized by tables containing

frequencies and means (significance level $\alpha = 0.05$ or 5%); for lexical analysis of the interviews we used the Iramutec Software, version 0.7 alpha2, through the Descending Hierarchical Classification. **Results:** the quantitative data indicated a good maternal attachment response in MAPS, a neuroevolutionary pattern appropriate to the corrected gestational age of newborns; significant correlations between the pattern of maternal attachment to socio-demographic data, especially those related to the social support network and maternal education; however, low correlation between neurological development and attachment pattern. Qualitative data showed significant involvement of the adolescent mother in the monitoring and care provided to her baby, rescuing her maternal role during the follow-up of her baby. **Conclusion:** this research demonstrated that the maternal and clinical variables of the baby are directly related to the formation of the bond between mother and baby; the pattern of neurobehavioral development continues to evolve neurologically independent of maternal and infant variables; maternal care is established through the mother's involvement in the routine of the neonatal unit; and adolescent motherhood showed similarity about bonding and care when compared to studies carried out with adult mothers. The social support network has a direct influence on the emotional aspects of the teenage mother, thus reinforcing the importance of promoting family involvement in care, which interferes with the quality of life of the mother and baby after hospital discharge. Family support policies, prevention of teenage pregnancy and efficient prenatal care directed to this clientele, are essential subsidies for a better prognosis of the baby's neuropsychomotor development, as well as minimizing the risks of maternal and neonatal morbidity and mortality and promoting greater bonding. between mother and baby.

Keywords: parenting; adolescent; preterm; low birth weight; attachment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mãe Adolescente e Bebê Pré-termo e de Baixo Peso	6
Figura 2	Mãe Adolescente	24
Figura 3	Bebê Pré-termo	31
Figura 4	Bebê em Posição Canguru	37
Figura 5	Bebê e avaliação neurocomportamental	47
Figura 6	Tônus passivo (Amiel-Tison, 1973)	54
Figura 7	Tônus ativo – evolução do tônus de acordo com a maturidade (Amiel-Tison, 1973)	55
Figura 8	Desenvolvimento da atividade reflexa com a maturidade (Amiel-Tison, 1973)	56
Figura 9	Sequencia descritiva da etapa de coleta de dados	75
Figura 10	Correlações entre Sócio-demográfico, MAPS e Hammersmith 1 e 2 –Teste de Pearson	123
Figura 11	Dendrograma Entrevista 1 (Aproveitamento de 79,12% do <i>corpus</i>)	124
Figura 12	Dendrograma Entrevista 2 (Aproveitamento de 74.43% do <i>corpus</i> textual)	134
Figura 13	Amor materno em três dimensões	153

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Sinais de alerta do bebê	42
Tabela 2	Diretrizes do cuidado canguru	43
Tabela 3	Evolução neurológica de acordo com a idade gestacional	51
Tabela 4	Perfil Sócio Demográfico das mães adolescentes	81
Tabela 5	Perfil Sócio Demográfico do recém-nascido - frequência	84
Tabela 6	Correlação Interna entre os dados Sócio Demográficos	86
Tabela 7	Frequência de respostas das mães por categorias do MAPS	95
Tabela 8	Correlação de <i>Pearson</i> entre MAPS e Sócio Demográfico	95
Tabela 9	Sócio Demográfico e Maps - ANOVA	97
Tabela 10	Teste de correlação de <i>Pearson</i> para avaliação 1 e 2 da <i>Hammersmith</i>	105
Tabela 11	<i>Hammersmith</i> 1 e 2 - ANOVA	107
Tabela 12	Correlação Sócio Demográfico, MAPS e Hammersmith	117

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIG – Adequado para Idade Gestacional

ANOVA – Análise de Variância

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

BP – Baixo Peso

BPN – Baixo Peso ao Nascer

BSID-III – *Bayley Scales of Infant Development-III*

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

DBP – Displasia Broncopulmonar

EIM – Erros Inatos do Metabolismo

FSCMPA – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

GMA – *General Moviments Assessment*

HNNE – Exame Neurológico Neonatal de *Hammersmith*

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IMC – Índice de Massa Corporal

IMIP – Instituto Materno-Infantil

ITU – Infecções do Trato Urinário

MABC-2 – *Movement Assessment Battery for Children 2*

MAPS - Escala de Apego Materno Pós-Natal

MC – Método Canguru

MPAS – Escala de Apego Pós-Natal

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PC – Posição Canguru

PIG – Pequeno para a idade gestacional

PPGTPC – Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

PT – Pré-termo

RCIU – Retardo do Crescimento Intrauterino

RNPT – Recém-nascido Pré-termo

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SNC – Sistema Nervoso Central

SOG – Sonda Orogástrica

SUS – Sistema Único de Saúde

TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TAUI – Termo de Autorização para Utilização de Relatos Escritos, Imagens e Sons de Voz
para fins de Pesquisa

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCINCa – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru

UCINCo – Unidade de Cuidados Intermediários Convencional

UEPA – Universidade do Estado do Pará

UFPA - Universidade Federal do Pará

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a InfânciaFundo das Nações Unidas para a Infância

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	20
2 A ADOLESCÊNCIA E MATERNIDADE	24
3 O BEBÊ PREMATURO E DE BAIXO PESO	31
4 MÉTODO CANGURU E CUIDADO HOSPITALAR	37
5 DESENVOLVIMENTO NEUROCOMPORTAMENTAL E VÍNCULO NA FASE INICIAL DA VIDA	47
6 OBJETIVOS	65
6.1 Objetivo Geral	65
6.2 Objetivos Específicos	65
7 MÉTODO	66
7.1 Delineamento	66
7.2 Participantes	66
7.3 Caracterização do Contexto de Pesquisa	68
7.4 Instrumentos e Materiais	69
7.5 Procedimento	74
7.6 Análise dos Dados	76
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
8.1 Perfil Sócio Demográfico e Clínico dos Participantes	79
8.2 MAPS e Perfil Sócio Demográfico	94
8.3 <i>Hammersmith</i> e Evolução das respostas sobre o Desenvolvimento Neurocomportamental	103

8.4 Relação entre o Perfil Sócio Demográfico e Clínico, MAPS e Exame	112
Neurocomportamental de <i>Hammersmith</i>	
8.5 A vivência hospitalar e o cuidado da mãe ao bebê	123
8.5.1 Entrevista 1	124
8.5.2 Entrevista 2	133
8.5.3 Refletindo sobre as vivências relatadas	142
9 CONCLUSÃO	147
REFERÊNCIAS	154
ANEXO A - Parecer consubstanciado CEP	171
ANEXO B - Ficha de Dados Sócio Demográficos e Clínicos	174
ANEXO C - Roteiro de entrevista 1	175
ANEXO D - Roteiro de entrevista 2	176
ANEXO E - MAPS - Escala de Apego Pós-Natal	177
ANEXO F - Exame Neurológico Neonatal de <i>Hammersmith</i>	179
GLOSSÁRIO	183

1 APRESENTAÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, nascem em média 15 milhões de bebês pré-termos (PT) e de baixo peso (BP) anualmente em todo o mundo. No Brasil, de acordo com os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC-DATASUS, 2020), nascem mais de dois milhões e meio de crianças ao ano (2.730.145 nascidos vivos), destas, 308.702 (11,31%) nasceram com menos de 37 semanas de tempo gestacional e 234.325 (8,58%) com peso inferior a 2500g. ou seja, quase 1000 nascimentos por dia de crianças com este histórico clínico. No estado do Pará, o ano de 2020 registrou média de 132.938 nascidos vivos, os quais, 16.041 (12,07%) bebês nasceram prematuramente, entre a 22^a e 36^a semana de gestação, e 10.005 (7,53%) nasceram de BP entre 500 e 2500 gramas (SINASC-DATASUS, 2020).

Quando comparamos estes dados do ano 2020, é possível considerar que a taxa de nascimentos de PT e de BP se manteve igual a de anos anteriores, como 2017 e 2018, com registros em aproximadamente 11% dos nascimentos em todo o mundo. Destes nascimentos de bebês PT no ano de 2018, 18,9% foram de mães na fase da adolescência, com maior prevalência de bebês extremamente prematuros (Brasil, 2021).

A prematuridade está entre as principais causas de mortalidade infantil em crianças com menos de cinco anos de idade (França et al., 2017), atrás apenas da pneumonia. Associada ao BP, confere aumento significativo de índices de morbimortalidade mundial, o que configura sério problema de saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento, como o Brasil. Em 2018, o registro de nascimentos com maior percentual de prematuridade no país ocorreu na região Norte, com 13%, e na região Nordeste com 16%, reflexo preocupante em relação as regiões mais pobres do país. Destes, 17% dos óbitos de recém-nascidos PT e de BP foram de mães entre 10 e 19 anos (Barros, 2020; Brasil, 2021).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2020), o nascimento prematuro no Brasil está associado a dois fatores distintos. O primeiro refere-se ao aumento de cesarianas em mulheres com nível educacional mais elevado. O segundo fator advém de condições sócioeconômicas desfavoráveis, muitas vezes atrelado a ausência ou insuficiência de acompanhamento pré-natal (com menos de três consultas ou que iniciaram após o terceiro mês de gestação).

Uma das metas propostas pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015 para o Brasil, por meio de ações em parceria os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) foi a redução da mortalidade neonatal para cinco em cada mil nascimentos até o ano de 2030. Incentivando a elaboração de políticas públicas mais resolutivas para o cuidado junto a mãe e seu futuro bebê.

A utilização de práticas que vislumbrem assistência mais integral a saúde materno-infantil, conferem importância significativa para novas propostas em pesquisa direcionada a realidade desta clientela. Fornecem também mecanismos eficientes para a promoção da saúde, nos mais diversos contextos, em especial, ao cuidado familiar.

A prematuridade é considerada síndrome de complexidade clínica, com fatores tangenciáveis para sua prevenção, pois depende de fatores prévios a própria gestação, como a situação social, econômica, de estilo de vida, de trabalho e de acesso a bens e serviços; que se correlacionam as condições biológicas da mãe e bebê. A modificação das taxas de nascimento PT e de BP ao nascimento pode ser minimizada por meio da rede de assistência perinatal eficiente e direcionada as características epidemiológicas de cada região, e avaliação das condições de saúde materna e infantil, prevenção da gravidez precoce e ações para o cuidado neonatal humanizado, centrado na família (Leal et al., 2016).

A gravidez e maternidade durante a fase da adolescência pode incidir negativamente nas condições emocionais da jovem mãe, com possibilidade de evasão escolar, iniciação

precoce da vida sexual, com potencial risco biológico para a mãe e o bebê (Taborda et al., 2014). O parto prematuro, requer que, na maioria dos casos, a díade mãe-bebê permaneça por extenso período de internação, até que o bebê atinja perfil clínico estável suficiente para manter sua sobrevivência, com apoio da família e do cuidado materno e amamentação.

A condição de hospitalização do bebê que apresenta risco de saúde, pode tangenciar rupturas, conflitos e inseguranças aos seus genitores, que, por muitas vezes, passam por sentimentos de incapacidade e culpa, com dificuldade de se integrar a nova realidade. O bebê real apresenta-se de modo diferenciado do imaginado; à espera da sua recuperação, os pais e os demais membros da família, precisarão modificar seus hábitos e rotinas para se integrar ao fluxo intenso e inconstante do hospital (Lakshmanan et al., 2017).

Ao considerar-se a relevância deste estudo e as particularidades inerentes ao cuidado materno infantil nas situações supracitadas, o segundo capítulo trata sobre os conceitos pertinentes a maternidade adolescente, analisam-se as taxas, os riscos e as repercussões psicossociais da gestação precoce, discutem-se sobre suas implicações na realidade brasileira e sobre os valores culturais, familiares e regionais da maternidade na adolescência.

O terceiro capítulo trata da condição do nascimento prematuro e com BP, delinea-se os conceitos, classificação, os riscos e as necessidades de cuidado à saúde integral do bebê. O quarto capítulo trata sobre a principal política brasileira de atenção ao bebê PT e de BP, enfatiza-se a importância do Método Canguru (MC) nas ações inerentes ao tratamento/acompanhamento destes bebês, haja vista que a pesquisa foi desenvolvida na unidade canguru e os preceitos do método permeiam toda a extensão das particularidades da relação mãe-bebê.

O quinto capítulo correlaciona os conceitos de desenvolvimento neurocomportamental do bebê e a importância da vinculação mãe-bebê enquanto mediadora deste processo, considerando a participação fundamental da mãe na relação que esta estabelece com seu bebê,

implica também para as reações e ganhos evolutivos do processo de desenvolvimento do bebê em suas diferentes fases da vida. Também se retrata como o desenvolvimento neurológico acontece conforme a idade gestacional do bebê avança, seguindo a lógica progressiva inerente ao processo evolutivo do homem, bem como as interferências do ambiente e do cuidado se processam mediante a estimulação particular do cuidado materno.

Em seguida, apresentamos os objetivos, o método, os resultados e discussão, e a conclusão deste estudo, bem como a importância deste para a compreensão da realidade vivida no ambiente hospitalar e mediando a participação materna como fundamental a todo o processo de cuidado, independente da sua idade.

Ressaltamos que esta tese, intitulada “Mãe adolescente e o recém-nascido pré-termo e de baixo peso: Estudo sobre cuidado, vínculo e desenvolvimento em um ambiente hospitalar”, está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento (PPGTPC) da Universidade Federal do Pará (UFPA), e integra o projeto guarda-chuva: *“Cuidado de bebês prematuros e de baixo peso atendidos em uma unidade materno infantil: Desenvolvimento e vinculações”*, desenvolvido na FSCMPA desde de 2018. Seu conteúdo versa sobre os aspectos pertinentes a maternidade precoce as implicações relativas à saúde e desenvolvimento de recém-nascidos ainda no ambiente hospitalar, pontua-se as prováveis correlações sócio-demográficas e o envolvimento da mãe no cuidado durante sua permanência na unidade mãe-bebê do hospital de referência materno-infantil do estado do Pará.

Figura 2*Mãe Adolescente*

Nota. Arquivo pessoal.

2 A ADOLESCÊNCIA E MATERNIDADE

A adolescência é a fase da vida em que se inicia o processo de amadurecimento das características corporais secundárias que desencadeiam intenso bombardeio hormonal, para atingir a maturidade corporal, especialmente no aspecto reprodutivo. As mudanças durante a adolescência são universais em relação as características físico/corporais, entretanto, as modificações em nível psicológico e relacional/social dependerão de padrões culturais e ambientais em que o indivíduo vive. A adolescência inspira o momento de decisões individuais e demanda modificações em seu contexto de vida, pelo qual passa de mero observador/espectador para o papel social ativo, questionador, processo essencial para o desenvolvimento de sua personalidade e aperfeiçoamento social (Becker, 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o período cronológico da adolescência ocorre entre os 10 aos 19 anos de idade. Por configurar fase importante do desenvolvimento humano, visa preparar o organismo a vida adulta, especialmente no aspecto

psicossocial, passa-se da condição de indivíduo semi-independente para autonomia total ou independente (Tiba, 2010).

É comum que neste período de transição ocorra o início da vida sexual, que pode resultar em gravidez precoce e, possivelmente, não planejada. Conceber e gestar durante a adolescência representa indicadores preocupantes de vulnerabilidade tanto a mãe quanto ao bebê, riscos à saúde de ambos, bem como prejuízos psicossociais, que podem influenciar negativamente na relação mãe-bebê, como a ruptura com ambientes de interações sociais, e conflitos diante das mudanças simultâneas próprias da adolescência e da gravidez. A falta de planejamento e proteção durante a relação sexual, a existência de múltiplos parceiros e o uso de substâncias ilícitas como o álcool, constituem prováveis indicadores para a alta prevalência de gestação na adolescência (Ochen et al., 2019).

A gravidez na adolescência reflete sério problema social, econômico e de saúde pública em todo o mundo, com graves consequências para os indivíduos, famílias e comunidades; é multifatorial e está relacionada ao comportamento individual, tradicional, sociocultural ou de natureza religiosa que, correlatos ao baixo status sócio-econômico, a educação limitada e a atividade sexual precoce, implicam em aumentar a condição de vulnerabilidade e de obter assistência em saúde (Shahabuddin et al., 2017). Entre as gestações e partos registrados anualmente em todo o mundo, 11% são provenientes de meninas entre 15 e 19 anos, com variações deste percentual de acordo com a região ou cultura (Asnong et al., 2018; Shahabuddin et al., 2017). Na China este percentual varia entre 2 a 2,5%, enquanto que na América Latina este percentual pode chegar a 18% de todas as gestações (Sychareun et al., 2018).

Estima-se que anualmente 21 milhões de adolescentes na faixa etária acima descrita tem dado à luz em todo mundo, destas 2,5 milhões são de meninas abaixo de 16 anos. A taxa de morbimortalidade da gravidez na adolescência é um terço mais alta do que mulheres jovens

entre 20 e 25 anos, assim como a maior prevalência de nascimentos de bebês de mãe adolescentes ocorre em países de baixa ou média renda, como na África Ocidental e Central e em países da Ásia Oriental, sendo mais prováveis de acontecer em populações pobres, com menor grau de educação e em áreas rurais. Em algumas regiões do mundo, mais de 30% das meninas se casam antes dos 18 anos de idade, ou engravidam por status social, por falta de acesso a métodos contraceptivos, ou por violação sexual (World Health Organization [WHO], 2019).

Apesar dos dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) indicarem declínio nas taxas de natalidade no Brasil, houve aumento relativo de nascimentos de bebês com mães abaixo dos 20 anos de idade. No ano de 2016 nasceram aproximadamente 477 mil bebês de mães com idade entre 15 e 19 anos, destes 54 mil da região Sul do país, e 158 mil da região Nordeste. O que configura contexto regional e sócioeconômico desigual e significativo em relação a prevalência das taxas de gestação em nosso país (Fernandes et al., 2018).

As complicações clínicas encontradas durante a gravidez e parto em adolescentes estão vinculadas a imaturidade física e psíquica da adolescente, com maior taxa de complicações quanto menor for a idade (Fernandes et al., 2018). Entre as mais frequentes complicações da gestação adolescente, encontramos: distúrbios hipertensivos da gravidez, com maior risco de eclâmpsia, endometrite puerperal, anemia, diabetes gestacional, e outras complicações durante o parto, estão entre as principais causas de morte materna nesta faixa etária. A gravidez na adolescência também pode gerar riscos ao bebê, como nascimento prematuro, BP ao nascimento, doenças respiratórias e maior prevalência de mortalidade infantil (Kane et al., 2019).

Em estudo realizado em três hospitais de ensino dos estados da Paraíba, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, com 559 puérperas adolescentes, as intercorrências mais comuns registradas foram Infecções do Trato Urinário (ITU) com 65% de casos, acompanhada de

problemas como a hipertensão e eclâmpsia com 44,66%, além de outras como diabetes gestacional, desmaios, convulsões e problemas cardíacos com percentuais menores de ocorrência (Fernandes et al., 2018). Estudos como Bas et al. (2020), Lopoo (2011), Nunes et al. (2019), Sampaio et al. (2018) e Santos et al. (2018) também apontaram, como riscos evidentes, as síndromes hipertensivas, especialmente a eclâmpsia e a pré-eclâmpsia, a anemia, os distúrbios hemorrágicos, as infecções puerperais e as ITUs como prevalentes consequências clínicas desfavoráveis da gravidez na adolescência.

Considerando a importância de programas de prevenção da gravidez na adolescência, redução da mortalidade materna e cuidado pré e perinatal, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), têm desenvolvido planos de cuidado e assistência em saúde, para fomentar novas bases epidemiológicas e traçar estratégias e ações voltadas a realidade de cada região ou país (WHO, 2019). Ações do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, publicaram a Lei nº 13.798, de 3 de Janeiro de 2019, que institui a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, com objetivo de disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência, considera-se as taxas elevadas e registro de gravidez nesta fase da vida no Brasil, que podem gerar maiores demandas aos serviços de saúde e de discrepâncias sociais por conta da realidade sócio-econômica e educativa nesta população (Senado Federal, 2019).

Entre as complicações psicossociais que envolvem a gravidez na adolescência, as principais referem-se à idade, cor, escolaridade, família e renda, as quais se interligam. Quanto menor a idade da adolescente maior a probabilidade da ocorrência de gravidez não planejada, assim como a precariedade de conhecimento sobre uso dos métodos contraceptivos. Em alguns casos a gravidez da adolescente pode interferir no cotidiano e planejamento de vida futura.

Situações prováveis podem acarretar em abandono escolar, menor nível de escolaridade, nova organização familiar, ou pode refletir negativamente na renda da família (Schmitt et al., 2018).

Em pesquisa realizada no Brasil, por Ribeiro et al. (2019), fatores como métodos contraceptivos, dificuldade em negociar o uso do preservativo, ingenuidade, desejo de estabelecer relação mais estável com o parceiro, *status* social, tendem a correlacionar na instância da gravidez na adolescência. Nesta mesma pesquisa, de Ribeiro et al. (2019), o percentual de adolescentes grávidas que se autoconsideraram pardas e negras (88%) se sobrepôs aos de adolescentes de cor branca (12%), com indicativo importante para baixa escolaridade e de classes sociais menos favorecidas, fatores que tendem a colaborar com o ciclo da pobreza.

Os reflexos da vida sexual com parceiros diversos e sem proteção podem gerar dificuldade na participação do pai, apresentar rede social de apoio instável e pode haver reincidência de novas gestações. Os reflexos sociais podem dificultar inserção da mãe adolescente nos grupos de interação, até mesmo por demandar dela maior tempo aos cuidados com o bebê. O baixo nível social tende a agravar a situação familiar, em termos econômicos e de acesso a bens e serviços, refletivo para a manutenção ou aumento do risco psicossocial para a mãe e para o bebê (Restrepo-Méndez et al., 2015).

Estudos realizados por Baker e Haeri (2014), Barroso et al. (2015), Belfort et al. (2018), Chvatal et al. (2017), Hoffman et al. (2015), Houde et al. (2015), Kirbas et al. (2016), Restrepo-Méndez et al. (2015), Sámano et al. (2019) e por Santos et al. (2014) apontaram sobre a influência distal de questões psicossociais da maternidade adolescente e que interferem diretamente nos resultados sobre a saúde materno-infantil, como o desfecho perinatal para o nascimento de um bebê prematuro e de BP. Estes mesmos estudos citados, relataram a correlação entre os dados psicossociais envolvendo a maternidade adolescente, seguindo a classificação da OMS para idade materna (entre 10 a 19 anos), como baixo nível sócio-

econômico, escolaridade insuficiente (ensino fundamental ou fundamental incompleto), estado civil solteira, grande parte de caracterização étnico racial negro ou hispânica, com início tardio do acompanhamento pré-natal, à ocorrência de bebês com BP ao nascimento (menos de 2500 g) e prematuros (menos de 37 semanas de gestação), possivelmente relacionado a falta de acompanhamento pré-natal de qualidade, que acarreta da fragilidade do acompanhamento da gestação, podendo comprometer a saúde do bebê.

Outro fator predisponente ao nascimento do bebê de BP e prematuro de mãe adolescente pode estar associado as condições nutricionais maternas, consequência de problemas sócio-econômicos, sendo risco distal para a prevalência de casos de situações de saúde de seus bebês. Os trabalhos de Baker e Haeri (2014), Belfort et al. (2018), Houde et al. (2015) e Sámano et al. (2019), pontuam que a qualidade da alimentação materna, o peso pré-gestacional e o acompanhamento nutricional durante a gestação são estratégias importantes para minimizar o risco do parto prematuro e de BP ao nascimento, considera-se a intrínseca correlação entre a prevalência entre do peso materno pré- e peri gestacional e os resultados perinatais de risco para o BP e para a prematuridade, pois o risco é maior nas adolescentes com índice de massa corporal (IMC) abaixo de 30 e menor em adolescentes obesas, por conta do déficit nutricional.

A maternidade adolescente e o nascimento prematuro e com baixo peso de um bebê podem potencialmente influenciar nos resultados de saúde e nas condições de vulnerabilidade e risco social no binômio mãe-bebê, uma vez que se formaliza a existência de uma dupla imaturidade (Azevedo et al., 2015).

O nascimento prematuro e com BP tem sido amplamente descrito na literatura como condição influente para o aumento da morbimortalidade infantil, em virtude das consequências que isto acarreta nas condições de saúde da criança (Oliveira et al., 2016; Silveira et al., 2013; Von Grafen et al., 2017). Uma das possíveis causas do aumento desta prevalência de partos

prematturos e com BP reporta-se a idade materna e aos fatores psicossociais relativos à maternidade (Flores-Valencia et al., 2017; Kawakita et al., 2016).

Figura 3*Bebê Pré-termo*

Nota. Arquivo pessoal.

3 O BEBÊ PREMATURO E DE BAIXO PESO

A qualidade de vida do indivíduo refere-se as condições de saúde que o acompanham desde sua concepção até seu nascimento, bem como a disponibilidade de bens e serviços, e acesso a boa nutrição e ao cuidado afetivo e familiar. A condição associada entre prematuridade e BP ao nascimento influenciam a adaptação e a evolução da vida pós-natal, pois se reflete exatamente sobre as condições de vida dos indivíduos e que poderão gerar impactos na sua qualidade de vida como um todo (Franceschini et al., 2003).

A gravidez dura em média 40 semanas de gestação, com variação deste período entre 37 e 42 semanas. O período gestacional é contabilizado a partir da data da última menstruação materna, com média de duração de 280 dias. A prematuridade é a condição definida aos bebês que nascem antes da 37ª semana de gestação, ou seja, aos que nascem com até 36 semanas e 6 dias de gestação, ou com menos de 259 dias de gestação. A cada ano nascem cerca de 15 milhões de bebês antes de completar o período da gestação normal. O Brasil é o décimo país do mundo com maior índice de nascimentos prematuros, pontuando 1 para cada 100 bebês (Gonzales, 2018). A condição de prematuridade é responsável por 65% dos óbitos nos

primeiros 28 dias de vida em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (Reis et al., 2021).

A prematuridade ao nascer pode ser classificada de acordo com a idade gestacional de nascimento. Prematuridade extrema refere-se aos que nascem antes da 28 semana de gestação. Muito prematuro são os bebês que nascem entre a 28^a à 31^a semana de gestação e os prematuros moderados a tardios são aqueles que nasceram entre a 32^a à 36^a semana de gestação (Santos, 2018). As causas mais comuns que levam ao nascimento prematuro têm origem multifatorial, entretanto costumam estarem associadas a trabalho de parto espontâneo ou ruptura prematura da membrana, ou por indicação médica em decorrência de sofrimento fetal ou de complicações maternas, como alterações metabólicas ou síndromes hipertensivas (Souza et al., 2019).

Os partos prematuros dependem de fatores biomédicos, sociais, pessoais, socio demográficos e genéticos; ocorre com maior frequência em mulheres adolescentes, com menor escolaridade, negras, nulíparas, com histórico de aborto ou parto prematuro anterior, pobres, com pré-natal inadequado, gestação múltipla, infecção materna, malformação uterina, idade materna acima de 35 anos, doenças agudas ou crônicas da mãe, descolamento de placenta, retardo do crescimento uterino e malformação do recém-nascido (Toso et al., 2021).

Em pesquisa realizada no Irã, outros determinantes foram associados ao nascimento prematuro, como: gestação indesejada, ansiedade, depressão, uso de álcool e drogas, tabagismo, além também do pré-natal inadequado (Toso et al., 2021). Outro estudo realizado no Brasil por Leal et al. (2016), sobre nascimentos entre os anos de 2011 e 2012 (n=23.447 nascimentos), constatou que os partos prematuros representaram 11,5% dos nascimentos (n=2.771 nascimentos), e foram provenientes de trabalho de parto espontâneo; com maior frequência entre mulheres adolescentes, com menor escolaridade e nulíparas, associados a cuidados pré-natais inadequados, gravidez múltipla, infecção, restrição de crescimento intra-uterino, descolamento prematuro da placenta ou de má formação do recém-nascido.

As complicações decorrentes do nascimento prematuro podem demandar alterações significativas para as condições de saúde do bebê, como: alterações neurológicas, distúrbios respiratórios, hipoglicemia, icterícia neonatal, BP, retinopatia da prematuridade, sepse precoce ou tardia, hemorragia intracraniana e displasia broncopulmonar. Estes podem afetar o desenvolvimento e crescimento saudável do bebê ao longo da sua vida; com possíveis sequelas do desenvolvimento, especialmente cognitivas e de linguagem, comprometimento alimentar, alterações metabólicas, como doença metabólica óssea, dislipidemia, maior resistência à insulina, obesidade na adolescência, doenças cardiovasculares e diabetes na vida adulta (Toso et al., 2021).

A prematuridade comumente vem acompanhada pelo BP ao nascimento. O BP refere-se ao bebê que nasce com peso abaixo de 2500g, independente de sua idade gestacional (Mota et al., 2005). Podem ser subclassificados em *Baixo Peso ao Nascer (BPN)*, quando apresenta entre 1500 e 2500g, *muito baixo peso*, os que nascem com peso abaixo de 1500g e de *extremo baixo peso* os que nascem abaixo de 1000g. A subclassificação permitiu avaliar o risco de morbimortalidade destes RNs a curto e longo prazo (Lima, 2020). A prevalência global de bebês com BPN é de 15,5% (Ncube et al., 2016). A mortalidade neonatal é vinte vezes maior em bebês que nascem de BP, esta proporção aumenta quanto menor for o peso, chegando a 200 vezes maior se o bebê for de extremo baixo peso (Lima, 2020).

A condição de BP ao nascimento tem como principal responsável o Retardo do Crescimento Intrauterino (RCIU) em que o bebê não atinge o peso esperado para a idade gestacional, e a prematuridade, tendo outros fatores predisponentes ou associados entre si: partos múltiplos, pouca idade materna ou idade materna acima de 35 anos, estresse, hipertensão arterial, déficit nutricional materno, baixa estatura materna, infecções do trato genito-urinário, tabagismo, uso de drogas ilícitas e a exposição a poluição ambiental, além de pouca adesão ao acompanhamento pré-natal (Silva, 2019). Estima-se que a prevalência de BPN cursam em

média de 15% da população mundial, sendo quase 97% dos casos tem ocorridos em países em desenvolvimento, com maior risco nas populações e/ou regiões com maior vulnerabilidade ou discrepâncias sociais e econômicas (Belfort et al., 2018).

No Brasil os dados apontam para média de 7,1% de nascimentos de bebês com BP, a maior parte dos casos direcionadas as regiões sudeste e sul (9,2%) – quantitativo populacional, com dados significativos para a região nordeste e norte (7,5%). Sendo as condições sócioeconômicas e sóciodemográficas como determinantes importantes na prevalência dos casos, especialmente a baixa renda e a constituição familiar (Lima, 2020). Em países em desenvolvimento, o BPN é associado ao estado de saúde e nutrição da mãe, enquanto nos países desenvolvidos a provável causa se relaciona ao uso de álcool e tabagismo (UNICEF, 2008b; WHO, 2007). Em todo o mundo, o BPN é responsável entre 60 e 80% das mortes neonatais (UNICEF, 2008b).

Alguns sistemas do bebê PT e BP ainda não se desenvolveram o suficiente para responder adequadamente ao ambiente, entre estes, o sistema imunológico, que o deixa mais suscetível a infecções e podem causar déficits do crescimento. O sistema nervoso, que pode interferir nos processos básicos de desenvolvimento necessários a sobrevivência como ser capaz de sugar, respirar e deglutir. Dificuldade em manter a temperatura corporal, que acaba por favorecer a rápida perda de calor, por ainda não ter a quantidade necessária de gordura para manter os padrões de temperatura para sua sobrevivência (Papalia & Feldman, 2013).

Além da ocorrência da morbimortalidade elevada em casos de nascimento com BP, outras consequências podem ser destacadas, por exemplo, déficits nutricionais, alterações cognitivas, comportamentais ou do desenvolvimento, problemas metabólicos, especialmente os ligados a ingestão e absorção de alguns nutrientes, problemas cardiovasculares (Lima, 2020). Indivíduos com histórico de BP ao nascimento são predisponentes a desenvolver baixa

estatura e obesidade na infância, personalidade mais retraída e diabetes não dependente de insulina (Silva, 2019).

Quando associadas as condições de imaturidade do recém-nascido pré-termo (RNPT) com o BPN, a propensão a déficits de respostas imunológicas e de função pulmonar aumentam, assim como o risco de morbidade respiratória, longa permanência no ambiente hospitalar, maior frequência de (re) internação, icterícia neonatal, infecções, dificuldades na alimentação e amamentação, bem como complicações neurológicas que podem afetar o desenvolvimento da criança (Machado et al., 2014). Estes bebês necessitam de intervenção e apoio tecnológico, como suporte em UTIN, com técnicas especializadas de cuidado (Mota et al., 2005).

O nascimento na condição de prematuridade e BP é comumente associado a hospitalização prolongada do RN, sendo comum desencadear situações de estresse da família, especialmente na mãe, que pode levar a uma disfunção familiar subsequente (Lakshmanan et al., 2017). Nos últimos anos, as alternativas de prestar assistência integral e qualificada com foco no cuidado com bebês PT e de BP têm aumentado significativamente devido aos avanços na assistência em perinatologia, o que permitiu salvar bebês cada vez menores (Sebastini & Ceriani, 2008; Silva & Silva, 2003). Comumente, o primeiro contato do bebê PT e de BP, após o nascimento, é com a unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), que, para manter os parâmetros mínimos a sua sobrevivência, acaba por o deixar exposto a dor, sofrimento e estímulos estressantes, produzidos por equipamentos e procedimentos desconfortáveis (Farias & Aguiar, 2010).

No início dos anos 80, redescobriu-se novas formas de assistir o bebê PT e de BP, com a aplicabilidade cada vez maior e aperfeiçoamento de técnicas e estratégias de cuidar que respeitam as suas limitações e capacidades, com maior atenção a participação da família no processo, especialmente na fase hospitalar. Em prol da propagação das boas práticas do cuidado e humanização da assistência, o MC tem fortalecido as estratégias do cuidado neonatal e

favorecido melhores respostas do bebê frente as condições de saúde e estresse a que ele é submetido neste período crítico da sua vida, com ênfase na sua qualidade de vida futura (Brasil, 2017).

Figura 4*Bebê em Posição Canguru**Nota. Arquivo pessoal.*

4 MÉTODO CANGURU E CUIDADO HOSPITALAR

No final dos anos 70, momento de crise de uma maternidade em Bogotá, na Colômbia, em que faltavam incubadoras e recursos financeiros e com altas taxas de infecções cruzadas e mortalidade, desmame precoce e abandono; dois médicos, Dr. Edgar Rey Sanabria e Dr. Hector Martinez Gomes, sugeriram colocar os bebês de BP em contato pele-a-pele com a mãe, os bebês contra o peito materno que denominaram Posição Canguru (PC), para garantir fonte de calor e aconchego, resultou na alta hospitalar mais precocemente, e prescrição da PC diária em casa, para evitar o risco de infecção hospitalar. Quando os bebês, que iniciaram esta prática, retornavam as consultas diárias de acompanhamento, a equipe médica daquela maternidade, observou mudanças importantes ao longo do acompanhamento, como a redução da mortalidade, o aumento do vínculo mãe-bebê e a redução do abandono de bebês na unidade hospitalar (Sales et al., 2018).

Diante da melhora das respostas do bebê, a ideia foi aperfeiçoada e propagada mundialmente, com pesquisas nas mais diferentes instâncias de conhecimento, as quais

fomentaram a criação de políticas públicas de cuidado e assistência neonatal/perinatal, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Propôs-se nova estratégia de cuidado e assistência, reorganizaram-se os conhecimentos técnicos, não apenas para a manutenção da vida, mas com vistas a humanização do cuidado, redirecionamento e complementação, com a mudança de paradigmas do especialista e tecnológico para também o humano e familiar (Melo et al., 2014).

Seguindo a lógica das evidências científicas, o cuidado neonatal tem solidificado suas metas na proposta do MC, organizou-se diretrizes mais eficazes da prática na atenção perinatal, atestou-se a importância da aplicabilidade e benefícios no cuidado de bebês BP e PT. Em ensaio clínico randomizado realizado por Acharya et al. (2014), com 126 díades, foi observada melhor resposta para o ganho de peso e de manutenção da temperatura do bebê de BP no grupo de intervenção, que realizavam a PC diariamente, diferentemente das respostas do grupo controle.

Em um ensaio clínico com 64 participantes, de delineamento cruzado, foram observadas respostas a dor de bebês que estavam na PC antes, durante e após o procedimento, comparado com o grupo controle que não recebeu a mesma intervenção, a pontuação média de resposta a dor foi significativamente menor nos bebês que permaneceram na PC do que os que não receberam (Mosayebi et al., 2014). Na pesquisa de Bera et al. (2014), com 500 bebês, por meio de ensaio clínico controlado, os bebês que receberam o cuidado canguru mostraram melhor crescimento e desenvolvimento físico do que bebês em cuidados convencionais.

Em 1994, o Unicef divulgou amplamente os efeitos positivos desta iniciativa e seus resultados permitiram assinalar a redução da mortalidade infantil, bem como benefícios psicológicos para os bebês e suas respectivas famílias (Venancio & Almeida, 2004). O ato de carregar o recém-nascido no colo contra o tórax materno – PC - por maior tempo possível, que seja agradável a família e ao bebê, a partir de então, ganhou o mundo, desencadeando a mudança dos paradigmas assistenciais. No Brasil, os primeiros serviços que desenvolveram o

método foram o Hospital Guilherme Álvaro em Santos, SP em 1991, e o Instituto Materno-Infantil (IMIP) em Recife, PE em 1993. Atualmente a maioria das unidades hospitalares de referência materno-infantil realizam este procedimento (Arivabene & Tyrrell, 2010).

Em janeiro de 1999, o IMIP/PE, sediou o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru, com a participação das principais unidades materno-infantis do Brasil, entre elas: o César Cals (Ceará), Frei Damião (Paraíba), Maternidade Leila Diniz (Rio de Janeiro), Maternidade Sofia Feldman (Minas Gerais) e Hospital Guilherme Álvaro (São Paulo), com a participação também da Área Técnica da Saúde da Criança do Ministério da Saúde. Em março do mesmo ano, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) patrocinou novo encontro entre estas maternidades e com hospitais de ensino do Brasil, com a finalidade de apresentar este novo modelo de assistência, que vinha favorecer a sobrevivência de bebês em todo o país. O encontro incentivou o Ministério da Saúde a propor normalização sobre esta corrente, onde reuniu grupo de representantes da Sociedade Brasileira de Pediatria, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Unicef, Universidade de Brasília, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Distrito Federal, Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, Instituto Materno Infantil de Pernambuco e BNDES, que culminou na construção do relatório que originaria a norma para o MC (Sanches et al., 2015).

Em consonância com a Política de Humanização, o Ministério da Saúde, então, publicou, em meados 2000, a Portaria nº 693 que estabelece a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – MC como política pública para assegurar o cuidado humanizado, como colaborador da assistência ao bebê de BP e prematuro. Considerou-se as práticas de cuidados do MC mundialmente difundidas, com vistas à redução da mortalidade infantil, baseado nas necessidades do bebê e sua respectiva família, para qualificação do atendimento (Brasil, 2017).

Uma pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde, no ano de 2005, em dezessete unidades que possuíam ou não a metodologia do cuidado canguru, com 985 recém-nascidos pesando entre 500 e 1749g, constatou que bebês assistidos pela prática canguru apresentaram desempenho superior em manter o aleitamento materno exclusivo na alta (69,2% versus 23,8%) e aos 3 meses, após a alta, menores percentuais de reinternação (9,6% versus 17,1%) (Lamy-Filho et al., 2008). Dois anos depois, com base na repercussão da pesquisa de Lamy-Filho et al. (2008) e após avaliação prévia da importância de ampliar o cuidado neonatal, o Ministério da Saúde publicou nova Portaria: nº 1.683 de 12 de julho de 2007, no intuito de capacitar e instrumentalizar os hospitais materno-infantis de referência e sua respectiva equipe de saúde, na implantação efetiva do MC. Foram especificados a população alvo, os recursos necessários para adoção do MC, as normas gerais e as vantagens para a promoção à saúde do bebê; com o objetivo de tornar realidade no cuidado de saúde em todo território brasileiro, especialmente nas unidades hospitalares de atenção à gestante de alto risco pertencente aos Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2017).

O foco das políticas públicas para a atenção integral e desenvolvimento da primeira infância tem organizado estratégias centradas no pleno cuidado, com o “cuidado terapêutico singular” direcionado as necessidades do bebê e sua respectiva família. No que tange a humanização da assistência perinatal, o MC ganhou destaque enquanto política pública efetiva no cuidado perinatal, especialmente por tangenciar o encontro dos recursos tecnológicos necessários a salvar bebês cada vez menores, à história familiar e social do bebê PT e de BP (Sanches et al., 2015).

O MC é modelo de assistência perinatal, voltado para instrumentalizar a qualidade e a humanização do cuidado, por meio de estratégias de intervenção biopsicossocial, com a finalidade de minimizar a morbimortalidade infantil e promover ações de saúde e desenvolvimento do bebê (Brasil, 2017). Entre as premissas do MC, a redução do tempo de

separação entre família e bebê, o fortalecimento do vínculo, a melhora fisiológica como o controle térmico, a redução do risco de infecção hospitalar, redução de estresse e dor, aumento das taxas de aleitamento materno, neuroproteção, alta precoce e redução do número de reinternações (Testoni & Aires, 2018).

Os avanços tecnológicos para o diagnóstico e a abordagem de recém-nascidos enfermos, notadamente os de BP, aumentaram de forma impressionante as chances de vida desse grupo etário. Sabe-se, ainda, que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares, portanto, cumpre estabelecer uma contínua adequação tanto da abordagem técnica quanto das posturas que impliquem mudanças ambientais e comportamentais com vistas à maior humanização do atendimento (Brasil, 2017).

No Brasil, o MC é desenvolvido em três etapas distintas, que se iniciam desde o pré-natal até o acompanhamento ambulatorial do bebê. De acordo com o *Manual Técnico do Método Canguru* (Brasil, 2017) as etapas se organizam em primeira, segunda e terceira etapa, atualmente também existe o canguru compartilhado – parceria entre a atenção básica e a terceira etapa; também essencial o acompanhamento em ambulatório de seguimento do desenvolvimento (*follow up*).

A primeira etapa compreende ao acolhimento inicial da família, com a identificação da gestante de risco, seguido do parto e pós-parto imediato e com o acompanhamento do bebê na internação em UTIN e em Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo). Nesta fase, a mãe e a família recebem orientações e cuidados específicos sobre as necessidades do bebê e do acompanhamento deste durante a fase hospitalar. Os pais são estimulados a participar de forma gradual do acompanhamento do bebê, a entrada na UTIN e na UCINCo é estimulada o quanto antes, para que eles estabeleçam contato físico e afetivo gradual e crescente, de maneira segura e agradável para ambos, que inicia do simples toque até a PC

propriamente dita. Nesta fase também há o estímulo ao aleitamento materno, o controle de estímulos ambientais e de dor, a promoção do sono e conforto do bebê, o manuseio controlado e os pais podem participar dos cuidados de forma gradativa para colaborar com a segurança destes nas próximas fases.

A segunda etapa do método acontece na Unidade Canguru, ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCa). Nesta etapa é necessário que o bebê apresente boa estabilidade clínica, com ganho de peso regular, em nutrição enteral plena (sonda gástrica, copo ou peito) e que a mãe esteja disponível para permanecer continuamente com seu bebê, assumindo os principais cuidados, com acompanhamento da equipe de saúde, de modo a potencializar a mãe (ou o cuidador caso a mãe não possa permanecer) para reconhecer os possíveis sinais de alerta do bebê (Tabela 1), para participar nos cuidados diários, onde a mesma é estimulada à realizar a PC de forma mais intensa e por um maior tempo possível.

Tabela 1

Sinais de alerta do bebê

Sinais clínicos	Como a mãe identifica
Cianose, palidez intensa, icterícia, pele marmorizada	Mudanças na coloração da pele do bebê
Apnéia	Pausas respiratórias
Desconforto respiratório	Dificuldade para respirar e manter a respiração
Hipoatividade	Pouca movimentação do bebê, parece cansado
Irritabilidade intensa	Chora sem consolo
Regurgitação frequente	Vômitos
Diminuição da frequência e desejo de se alimentar	Bebê se recusa a receber a dieta, seja no copo ou peito
Ganho ponderal insuficiente	Perda de peso

Na segunda etapa, é imprescindível a mãe estar motivada e segura para cuidar do seu bebê, deve ser estimulada por meio da participação conjunta e apoio da equipe de saúde, de forma gradativa até conseguir desempenhar de forma independente os cuidados. É importante

também, nesta fase, favorecer a participação do pai e solicitar, sempre que necessário o suporte da rede de apoio da mãe, para ajudar no enfrentamento do processo de hospitalização, a se sentir acolhida e amparada.

Entre os cuidados com o bebê, que serão assumidos gradativamente pela mãe (ou cuidador) nesta etapa, elegem-se na Tabela 2, de acordo com o Manual do MC – Diretrizes do cuidado (Brasil, 2019):

Tabela 2

Diretrizes do cuidado canguru

Diretrizes do Cuidado		Ações	Objetivos
Intervenções no ambiente	Sensorial tátil	Contenção tátil Posicionamento em ninho	Organização comportamental Qualidade do Sono Conforto
	Sensorial auditivo	Controlar sons bruscos ou ruídos excessivos Evitar odores fortes	Evita estados de estresse e hiperalerta
	Sensorial olfativo/gustativo	Utilizar cheiro do leite Diminuir a luminosidade	Ajuda no controle dos estados do ciclo vigília-sono
	Sensorial visual	Evitar o direcionamento da luz nos olhos	Favorece a interação pais-bebê Previne distúrbios sensoriais
Cuidados posturais	Posturação no “ninho”	Realizar o ninho no leito nos momentos do sono do bebê e para o descanso da mãe. A postura do bebê deverá ser organizada em padrão de semiflexão de membros, cabeça alinhada com o corpo, pés em contato com superfície do ninho. A posição deve ser em supino e variar em semilateral direita ou esquerda.	Organização comportamental Qualidade do Sono Conforto Ajuda no controle dos estados do ciclo vigília-sono Favorece a interação e vínculo pais-bebê
	Mudança de decúbito	Trocar de posição a cada mamada ou troca de fraldas.	Ajuda no controle de temperatura corporal e estabelece melhor ritmo respiratório do bebê.
	Posição canguru	Posicionar o bebê, apenas de fralda, em posição de prono com a cabeça lateralizada, braços abduzidos e pernas flexionadas alinhadas ao corpo, verticalmente, sobre o peito desnudo da mãe ou do pai, em contato pele-a-pele, se necessário	Evita padrões de postura viciosa, plagiocefalia e movimentos bruscos

		procedimento por pelo menos uns dois minutos.	
--	--	---	--

Nota. Brasil, 2019.

Todas estas tarefas devem ser orientadas a mãe ou cuidador principal do bebê, pela equipe de saúde cuidadosa e paciente em favorecer o suporte até que ela se sinta segura e empoderada de realizar as ações de forma independente, compreender a rotina e necessidades do seu bebê. O ato de cuidar fortalece o vínculo entre eles e ajuda nos processos interacionais inerentes a parentalidade/maternagem, especialmente por sentir-se parte do tratamento de seu bebê, assim como capacita ela de reconhecer as pistas comportamentais e entender que estes cuidados são essenciais para que seu bebê possa percorrer a fase hospitalar de maneira mais humana e acolhida, a ser capaz de ser amamentado e alimentado de maneira eficaz, com prevenção do estresse e favorecimento de atitudes de neuro-proteção (Castral et al., 2021).

Algumas condições especiais podem coexistir durante o acompanhamento do bebê que nasce PT e de BP pelo MC. Acolher e apoiar a mãe adolescente, bem como sua rede social de apoio, confere condições especiais do cuidado. A participação de seu representante legal no contexto do cuidado oferecido à mãe e ao bebê é essencial para que o processo ocorra de forma tranquila, considera-se as implicações sobre o período em que permanecerão no hospital. O acompanhamento da rede de proteção social pode ocorrer, a depender da situação da adolescente, assegurar o apoio do representante legal em caso de situação de vulnerabilidade da mãe; oferecer orientações referentes aos direitos sociais desta. Informações como planejamento familiar, retorno aos estudos, registro civil do bebê, acompanhamento em rede de atenção básica a mãe adolescente e seu bebê, encaminhamento aos serviços do Centro de Referência de Assistência Social, auxílio natalidade e programas sociais do governo, conferem ações prioritárias que devem ser organizadas por toda a equipe psicossocial engajada no MC (Brasil, 2018).

A terceira etapa acontece após a alta do bebê da Unidade Canguru, nesta etapa o bebê e sua família recebem acompanhamento semanal com a equipe de saúde até atingir o peso de 2500g. O acompanhamento sistemático do bebê atenta para manutenção dos cuidados em domicílio, verifica-se se o bebê mantém o ganho de peso adequado, a estabilidade clínica e as respostas desenvolvimentais; avalia-se a manutenção do cuidado canguru pela família, se esclarece possíveis dúvidas e ajuda no encaminhamento aos cuidados em saúde do recém-nascido. Enquanto o bebê mantiver o acompanhamento na terceira etapa, a unidade materno-infantil deve assegurar seu retorno sempre que necessário e garantir o acesso deste em caso de reinternação. Atualmente, o MC ampliou as estratégias de acompanhamento do bebê, o canguru compartilhado tem movimentado a inserção da atenção em saúde pelas unidades básicas que, aos poucos, assumem o acompanhamento do bebê e sua família (Brasil, 2017).

Nesta perspectiva, o olhar humanizado difundido pelo MC visa, especialmente, a promoção do desenvolvimento do bebê, considera-se a imaturidade neuro-cortical, assim como o estabelecimento do vínculo e do cuidado inerente a díade mãe-bebê, pela fragilidade da situação e realidade vivida de ambos, mãe/família e bebê.

Figura 5*Bebê e avaliação neurocomportamental**Nota. Arquivo pessoal.*

5 DESENVOLVIMENTO NEUROCOMPORTAMENTAL E VÍNCULO NA FASE INICIAL DA VIDA

A possibilidade de salvar bebês cada vez menores fortaleceu a área de neonatologia, que hoje dispõem de recursos tecnológicos avançados para manutenção da vida e sobrevivência do bebê de risco; em contrapartida, o ônus do nascimento prematuro pode comprometer o desenvolvimento adequado do sistema nervoso, que pode ser seriamente afetado diante das experiências intempestivas do ambiente relacionadas ao seu organismo imaturo. Quanto menor e mais prematuro for o bebê, maior a possibilidade de repercussões negativas a nível de desenvolvimento sensorial, motor, cognitivo e social (Silva et al., 2011).

As experiências negativas decorrentes do parto prematuro podem ser observadas ainda no ambiente hospitalar e mais tardiamente em atividades que envolvem a percepção e cognição. A imaturidade do córtex decorre do processo de progressão da estruturação neuronal e de algumas funções que envolvem as sinapses, as células de proteção, nutrição e sustentação neuronal e de fatores como a organização cerebral para o desempenho de funções importantes de acordo com sua área específica (Mota et al., 2005).

Estudos realizados por Bhutta e Anand (2002), Meio (2004) e Whitfield (2003), constataram que bebês com histórico de BP ao nascimento apresentaram dificuldades no desempenho escolar, com índices importantes de desvantagens cognitivas ou de QI quanto menor for seu o peso ao nascimento. Estas pesquisas apontaram alterações importantes como dificuldade de memorização, do pensamento lógico e abstrato e de relações espaciais, além de dificuldades em realizar completamente uma tarefa.

Algumas implicações clínicas podem afetar o funcionamento do sistema nervoso, levar as células nervosas a certo sofrimento, em virtude da imaturidade cortical. Nascer com menos de 32 semanas de idade gestacional; peso menor ou igual a 1500g; asfixia perinatal grave (Apgar menor ou igual a 3 no quinto minuto de vida); acidose metabólica nas duas primeiras horas de vida; taquipnéia; alteração da frequência cardíaca; hiperbilirrubinemia; convulsão; meningite; hipoglicemia; displasia broncopulmonar; apneias de repetição; infecções graves; erros inatos do metabolismo; entre outras alterações. Outros fatores também podem comprometer o sistema nervoso com repercussões no neurodesenvolvimento, por exemplo, o ganho de peso inadequado durante a internação, o uso de corticoides pós-natais e, principalmente, a exposição ao estresse e a dor (Brasil, 2017).

Após o período inicial da concepção, o sistema nervoso se organiza para dar ênfase as funções mais complexas que devem estar perfeitamente ajustadas para preparar o indivíduo ao nascimento. Na décima semana de vida, ocorre a formação das raízes espinhais, motoras e sensitivas, que permitirão a condução dos estímulos pela medula espinhal; neste período iniciam algumas atividades motoras reflexas, com movimentos da cabeça, tronco e extremidades. Na vigésima semana de idade gestacional, inicia-se a fase de aperfeiçoamento cerebral, com maior intensidade de estimulação e troca entre o feto e o meio; as conexões, sinapses e aperfeiçoamento do cérebro estarão diretamente ligadas a qualidade, intensidade e quantidade de estímulos recebidos pelo bebê (Domingues, 2007).

Na 23ª semana o bebê reage com o piscar dos olhos ao estímulo sonoro, por conta da finalização da cóclea auditiva. Com 28 semanas os neurotransmissores já conseguem captar os estímulos dolorosos; também neste período a citoarquitetura cerebral já está devidamente estruturada, por meio das conexões sinápticas, capta sons, luminosidade, gostos, e podem diferenciar estímulos táteis e auditivos. Na 30ª semana o córtex visual já está desenvolvido, e o feto já responde com contração e dilatação da pupila frente a estímulos luminosos, entretanto, a visão só estará completamente desenvolvida após o nascimento à termo (Domingues, 2007).

Algumas funções importantes acontecem paralelamente na formação cerebral. A neurogênese ou formação dos neurônios, que se inicia com 30 dias de vida após a concepção, e finaliza todo o processo aos cinco meses de gestação. A migração neuronal dos neurônios as áreas corticais correspondentes, que acontecem por volta de um mês e meio e segue até o período de quatro meses pós-natal (Domingues, 2007).

A apoptose neural ou poda neuronal, que permite a eliminação dos neurônios não funcionais e direciona a estruturação cerebral, ocorre entre o sexto mês de gestação e pode seguir por até um ano e meio após o nascimento. O processo de mielinização, que colabora com a proteção axonal, a velocidade de transmissão do impulso nervoso e a maturação neuronal, inicia aos três meses de gestação e segue de forma intensa até aproximadamente 18 anos de vida do indivíduo, reduz seu processo paulatinamente ao longo da vida (Domingues, 2007).

O desenvolvimento sensorial se processa na mesma proporção do motor. Indícios de reações ao toque, a odores, a sabores, a luz e a sons podem ser avaliados tal qual se considerem o processamento das informações ainda no período intrauterino, os quais são claramente observáveis pelas respostas aos eventos do ambiente neonatal na instancia da prematuridade. O sistema tátil é o primeiro a se desenvolver e o que se manifesta mais precocemente; mesmo nascendo prematuramente, o bebê pode diferenciar o toque suave do profundo e pode

apresentar aprendizado frente a estímulos cutâneos. O segundo sistema sensorial a amadurecer é o vestibular, por receber diversos estímulos ainda na vida intrauterina, por meio do balanceio ou movimento materno; está integrado ao estado de sono e acompanha o desenvolvimento do sistema visual ao longo do tempo, cerca de até um ano de idade da criança (Brasil, 2017).

Os sistemas sensoriais ligados ao desenvolvimento fetal já estão presentes desde a 7ª semana de gestação, nesta fase o feto já consegue perceber pequenos estímulos do olfato e paladar diante das sensações emitidas por meio do líquido amniótico, que confere a base da sua futura preferência para o leite materno e para o cheiro deste, e sonoros reagindo aos sons do funcionamento corporal materno (Domingues, 2007).

A partir da 25ª semana, com a formação das estruturas do ouvido, o bebê já é capaz de ouvir na faixa de até 28dB, distinguir fonemas simples a partir 35ª semana gestacional, além de identificar a voz materna (Oliveira et al., 2016).

O sistema visual é o último a se desenvolver, entre a 22ª semana de gestação e 40ª semana de gestação. O bebê de 30 semanas de gestação reage a luz forte com o fechar e abrir dos olhos, com pouca iluminação pode focalizar de forma breve. À 34ª semana já é capaz de seguir estímulo e à 37ª semanas já vira os olhos diante do estímulo luminoso suave (Brasil, 2017).

No trabalho clássico publicado por Gherpelli (2003), sobre a evolução neurológica do recém-nascido, o PT apresenta resposta neurológica diferenciada do que nasce a termo, ao considerar que a fase do desenvolvimento cerebral é diferente e que o sistema nervoso central (SNC) ainda sofrerá modificações sob condições frequentemente diversas. Como os processos de migração celular, mielinização, arborização dendrítica e ramificação axonal ainda estão a acontecer de forma intensa neste período, o bebê PT apresentará resposta comportamental diferenciada, a considerar o caráter evolutivo do sistema nervoso.

Estudos da escola francesa, em especial os trabalhos desenvolvidos por Thomas e Dargassies (1960, 1974), observaram que o desenvolvimento neurológico do bebê ocorre equiparado a evolução da sua idade gestacional. Na época eles estudaram a relação entre as alterações de tônus, para a detecção precoce de anormalidades dos movimentos em recém-nascidos entre a 28ª à 40ª semana de idade gestacional, acompanhando a maturidade cortical por meio do registro do tônus ativo (responsável pela qualidade das reações primárias e movimento), do tônus passivo (responsável pelo desenvolvimento progressivo da postura predominantemente flexora do recém-nascido a termo) e da resposta dos reflexos primitivos (que dependem do estado evolutivo do tônus ativo e passivo).

A Tabela 3 detalha o padrão neurológico evolutivo do bebê conforme modifica a idade gestacional.

Tabela 3

Evolução neurológica de acordo com a idade gestacional

IG/PADRÕES	TONUS ATIVO	TONUS PASSIVO	REFLEXOS PRIMITIVOS
28 semanas	Movimentos lentos, localizados ou generalizados, oscilando com movimentos abruptos ou rápidos. Mais observada em membros inferiores do que em membros superiores. Tremores finos frequentes e de pequena amplitude. Na posição sentada a cabeça tende a pender sobre o tórax. A reação de endireitamento dos membros inferiores mostra apenas uma extensão transitória.	Hipotonia global, com postura extensora das extremidades. O ângulo poplíteo cursa em torno de 180°.	Resposta limitada à extensão de dedos. O reflexo de moro é observado apenas com a abertura de mãos. Sem resposta ao reflexo de extensão cruzada. Esboço de movimentos de lateralização de cabeça ao se pesquisar o reflexo de busca.
30 semanas	Movimentos espontâneos mais rápidos e frequentes, com melhor resposta ao endireitamento da cabeça e dos membros inferiores	Permanece a hipotonia muscular, porém, com um ângulo poplíteo em torno de 150°.	Preensão palmar mais facilmente obtida. Moro com abertura das mãos e extensão cruzada observa-se apenas a resposta flexora. Resposta nas quatro direções ao reflexo de busca.

32 semanas	Nota-se certo endireitamento do tronco, após a extensão de membros inferiores. Movimentos espontâneos, com elevação de membros inferiores, quadris e torção de tronco	Ângulo poplíteo mais fechado, em torno de 130°. No balanço passivo dos membros inferiores já encontramos certa resistência.	Reflexo de busca completo, com participação da língua, podendo desencadear movimentos de sucção. Preensão palmar sólida, conseguindo uma ligeira elevação do bebê do leito, com certa tração dos membros superiores. Moro com abdução e extensão dos membros superiores, acompanhada de abertura das mãos. Extensão cruzada aparece abdução após o movimento de flexão.
35 semanas	Flexão e abdução de membros inferiores e extensão dos membros superiores (atitude de bratáquio). Já se observa o endireitamento da cabeça ao apoio plantar.	Ângulo poplíteo de 90°, semelhante a do recém-nascido a termo	Busca e sucção completos. Preensão palmar sólida, com difusão do padrão flexor para o antebraço. Moro já com abdução-extensão, semelhante ao do bebê a termo, porém sem a fase flexão-adução. Marcha inicia, mas sem consistência e continuidade.
37 semanas	Atitude flexora de membros superiores e inferiores, que leva a um maior controle dos movimentos espontâneos e da amplitude. Possível notar o endireitamento dos membros inferiores, seguido do tronco e da cabeça. Lateralização ativa da cabeça presente.	Ângulo poplíteo permanece com 90°, com extensibilidade articular semelhante à do bebê a termo.	Busca e sucção completos. Preensão palmar sólida, com irradiação nítida para as porções mais proximais dos membros superiores. Moro agora encontra-se completo em todas as suas fases. Marcha presente em sua forma completa.

Nota. Thomas e Dargassies (1960, 1974).

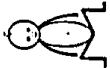
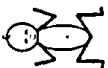
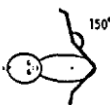
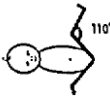
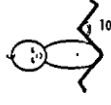
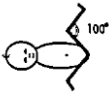
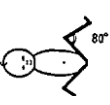
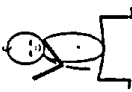
Importante notar que, a evolução dos padrões de tônus, segue direção caudo-cefálica, enquanto os reflexos primitivos seguem o padrão inverso. O conhecimento destes padrões facilitou estimar a provável idade gestacional do bebê no início dos estudos. Atualmente, os protocolos utilizados para estimar a idade gestacional de nascimento são a escala de *New Ballard*, que pode ser aplicada a partir de 20 semanas de idade gestacional; ou o *Capurro Somático*, para recém-nascidos com mais de 34 semanas de idade gestacional (Nandy et al., 2020).

Somente na década de 80, as pesquisas sobre o desenvolvimento individual dos sistemas de controle motor superior e inferior, foram demonstrados clinicamente nos achados de Sarnat e Netsky (1984), que identificaram que o sistema inferior, representado pelas áreas do tronco cerebral e cerebelo, amadurecem mais cedo, em torno das 24 semanas de idade gestacional, em uma onda ascendente, com objetivo de manter a postura contra a gravidade e o tônus dos membros.

Enquanto, o sistema superior, formado pelos hemisférios cerebrais e pelos gânglios da base, amadurecem posteriormente, a partir da 32ª semana de gestação; seu papel será controlar o sistema inferior, com o relaxamento dos membros e controle das forças antigravitacionais, permitindo futuramente a postura ereta da criança, marcha e habilidades motoras finas. O sistema motor evolui e se diferencia conforme a criança se desenvolve, com modificações do tônus flexor e dos movimentos primitivos para movimentos mais finos e coordenados com o avançar da idade (Sarnat & Netsky, 1984).

A maturação cerebral segue seu curso progressivo de organização das estruturas e de seu funcionamento. Mas, somente nos últimos três meses de gestação podem ser registradas modificações constantes do tônus muscular e de alguns padrões reflexos, isto permitiu observar que, independente de circunstâncias gestacionais desfavoráveis, o desenvolvimento cerebral continua seguindo seu curso evolutivo, as figuras 6, 7 e 8 identificam o processo evolutivo das respostas encontradas nos bebês PT conforme avança a idade gestacional (Amiel-Tison, 1973; Gosselin et al., 2005).

Figura 6*Tônus passivo (Amiel-Tison, 1973)*

Postura e Tônus Passivo							
	6º mês – 28 sem	6º ½ mês – 30 sem	7º mês – 32 sem	7º ½ mês – 34 sem	8º mês – 36 sem	8º ½ mês – 38 sem	9º mês – 40 sem
Postura	Hipotônico	Início da flexão da coxa no quadril	Forte flexão	Atitude de bratáquio	Flexão nos quatro membros	Hipertônico	Muito hipertônico
							
Manobra calcanhar-orelha							
Ângulo poplíteo							
Ângulo de dorsiflexão do pé							Alcance do prematuro 
							A termo 
Manobra do cachecol	Sinal do cachecol completo sem nenhuma resistência 		Sinal do cachecol mais limitado 		Cotovelo ultrapassa ligeiramente a linha média 		Cotovelo quase atinge a linha média 
Retorno de flexão de braço	membros superiores muito hipotônicos e em padrão de extensão			Flexão dos braços começa aparecer, mas muito fraca	Forte retorno à flexão. Tônus de flexão inibido se o antebraço for mantido por 30'' em extensão	Forte retorno a flexão. Antebraço retorna muito rapidamente à flexão após ser estendido por 30''	

Nota. Amiel-Tison (1973, p. 10).

Figura 7

Tônus ativo – evolução do tônus de acordo com a maturidade (Amiel-Tison, 1973)

Tônus Ativo – reações de endireitamento – observar a ascensão da direção do tônus							
	6º mês – 28 sem	6º ½ mês – 30 sem	7º mês – 32 sem	7º ½ mês – 34 sem	8º mês – 36 sem	8º ½ mês – 38 sem	9º mês – 40 sem
Extremidade inferior	----	Começa a extensão da perna à coxa após estimulação das solas na posição deitada	Bom suporte quando de pé, mas muito brevemente	Excelente reação de endireitamento da perna 			
Tronco	----	----	----	Transitório	Com endireitamento de tronco com o bebê em suspensão vertical	Boa reação de endireitamento com o bebê seguro em posição de marcha. (ver ilustração abaixo)	
Extensores de pescoço (bebê puxado para trás da posição sentada)	----	----	Cabeça começa a endireitar-se com grande dificuldade	Ainda difícil e incompleto	Bom endireitamento, mas não segura	Começa a manter a cabeça que não cai para trás por alguns segundos	Mantém a cabeça alinhada com o tronco por poucos segundos. A diferença entre extensores e flexores estão diminuídas. (ver ilustração abaixo)
Flexores de pescoço (bebê puxado para a posição sentada de supino)	---- Cabeça a pêndula	---- Cabeça pêndula	Contração dos músculos é visível, mas não com o movimento da cabeça.	A cabeça começa a acompanhar, mas ainda pendurada no final nos movimentos.	no início a cabeça está pendurada para trás, depois, com um movimento brusco, a cabeça avança para o peito.	A cabeça começa a seguir o tronco, mantém-se alinhada por alguns segundos na posição vertical.	
Retificação de tronco e pernas			Endireitamento das pernas 		Endireitamento com o tronco. 		Endireitamento da cabeça e do tronco juntos. 

Nota. Amiel-Tison (1973, p. 12).

Figura 8

Desenvolvimento da atividade reflexa com a maturidade (Amiel-Tison, 1973)

Reflexos							
	6º mês – 28 sem	6º ½ mês – 30 sem	7º mês – 32 sem	7º ½ mês – 34 sem	8º mês – 36 sem	8º ½ mês – 38 sem	9º mês – 40 sem
Reflexo de sucção	Fraco e não realmente sincronizado com a deglutição		Forte e sincronizado com a deglutição	Perfeito 			
Reflexo de busca enraizamento	Longo período de latência. A resposta é lenta e imperfeita		Completo e mais rápido. atração mão a boca estabelecida	Rápido, completo e durável 			
Reflexo de preensão	A preensão do dedo é boa e as reações se espalham por todo o membro superior, mas não são fortes o suficiente para levantar o bebê da cama		Forte	Forte	A reação é tão forte que pode levantar o bebê da cama		
Reflexo de moro	Fraca, obtido apenas uma vez, e não eliciado todas as vezes		Reflexo completo 				
Extensão cruzada	Flexão e extensão em um padrão aleatório, reação sem propósito		Extensão, mas não adução	Ainda incompleto	Boa resposta com: Extensão  Adução Formação local		
Marcha automática	----	----	Começa a travar a ponta com um bom suporte na sola e uma reação de endireitamento das pernas por alguns segundos	Muito boa Muito rápida Boa sequencia		Prematuro que completa 40 semanas anda com dedo do pé ao calcanhar com progressão para a ponta dos pés. A termo nascido de 40 semanas anda em uma progressão do calcanhar ao dedo do pé em toda a sola do pé	

Nota. Amiel-Tison (1973, p. 13).

Nas últimas décadas, o método para avaliar a maturidade neurológica de prematuros evoluiu substancialmente. Os trabalhos de Amiel-Tison (1973, 1996, 2001, 2002), Brazelton (1973) Brazelton e Nugent (1995), Dubowitz et al. (1980, 1998) e Prechtl (1990, 2001), permitiram a inclusão de novos itens, especialmente os relativos ao comportamento do bebê.

As reações comportamentais frente a um estímulo sonoro por meio do balanço de um chocalho do lado direito e esquerdo do ouvido. A capacidade de fixar e acompanhar um estímulo visual, seja na direção horizontal – direita/esquerda, seja na vertical – em cima/embaixo. A reação corporal a dor, ao toque e ao manuseio. A capacidade de se autoconsolar. As mudanças de estado de alerta e sono. A irritabilidade frente a estímulos desagradáveis. Os estados de consciência, que podem ser identificados entre o sono profundo até o choro. Além de itens em que se relacionam as respostas tônicas e corporais, e sinais de anormalidade como tremores e sustos, foram os itens mais significativos a serem aplicados no acompanhamento do desenvolvimento neurocomportamental, complementando a avaliação das respostas de forma mais integral (Campuzano et al., 2020).

Entender que o processamento do desenvolvimento neurológico inicial se estabelece conforme a maturidade cortical é fundamental para preparar o organismo para as futuras experiências do indivíduo, no que tange o desenvolvimento de funções cerebrais mais refinadas, que precisam de equilíbrio sistemático para favorecer comportamentos cada vez mais complexos, como a interação, a linguagem, o aprendizado, a memória (Tamez, 2002).

A base para o desenvolvimento das funções complexas, além dos aspectos biológicos, necessita de aporte que acontece paralelamente a maturação cortical – a interação entre o bebê com o ambiente, em especial a relação inicial que deverá ser estabelecida entre a díade mãe-bebê. O manuseio, a disponibilidade para cuidar, as sensações incômodas atendidas a contento, a troca sentimental, baseiam esta relação no início da vida e são essenciais para que o organismo do bebê possa se adaptar ao meio extrauterino, bem como superar os eventos nocivos que acontecem durante a estadia no hospital e, posteriormente, no contexto social onde este bebê vai crescer (Tamez, 2009).

O contato direto com a unidade neonatal, seja com a equipe de saúde ou com sua família, pode interferir nas respostas comportamentais e no desenvolvimento das primeiras

relações que o bebê estabelece com o mundo. O bebê então, se encontra em ambiente adverso, plural e hiperestimulante, distante da realidade uterina de contenção e equilíbrio dos seus sistemas corporais, que requer adaptação rápida para manter sua homeostase e da sua respectiva família em tentar participar do processo de internação, ambos buscando estabelecer um contato afetivo (Rtischeva et al., 2017).

Os fatores perinatais da história gestacional e o cuidado neonatal, apresentam uma forte influência durante os primeiros dois anos de vida da criança. Já os fatores ambientais assumem um papel preponderante sobre o desenvolvimento após esta idade. Entretanto, não basta somar os dados destes dois períodos para compor um perfil de risco. É necessário contextualizá-los e observar sua dinâmica dentro do meio sócio-ambiental em que esta família vive; as características da própria criança como temperamento e resiliência; a oferta e disponibilidade de contenção externa, por intermédio de vizinhos, associações religiosas ou outras comunidades às quais a família pode pertencer (Brasil, 2017).

Compreender o desenvolvimento neuropsicomotor e cognitivo induz a considerar diferentes aspectos pertinentes a vida da criança, os diferentes contextos que ela está inserida e as relações que ela deverá estabelecer com outras pessoas no decorrer da vida. Nos primeiros dias de vida na unidade neonatal, o bebê recebe diversos estímulos do ambiente, seja a exposição constante a dor, que pode causar efeitos deletérios ao cérebro; ou estímulos agradáveis, como o contato afetivo com os pais, que o ajudam a se auto-organizar e superar as fases de instabilidade decorrentes do nascimento prematuro e do seu BP (Lotto & Linhares, 2018).

Para Bronfenbrenner (1979-1996 como citado em Yunes & Juliano, 2010), o desenvolvimento psicológico humano se processa a partir da mútua interação entre pessoa e ambiente, por meio do fluxo contínuo de reciprocidade, onde a pessoa em desenvolvimento molda-se, muda e recria o meio no qual se encontra. O desenvolvimento humano é constante

reorganização das atividades da pessoa em seu ambiente, estimulado ou inibido pelo grau de interação entre eles, que ocupam papéis variados, e pela participação e engajamento em diferentes ambientes.

Por entender que a presença da família na unidade neonatal é postergada, que o contato afetivo dos pais é limitado nos primeiros dias de vida do bebê, os conflitos emocionais da família são diversos, assim como pode repercutir ao longo do processo de desenvolvimento psicoemocional do bebê. O contato corporal, a comunicação, a interação entre pais e bebê pode ser comprometida; além de sentimentos diversos, que podem afetar a relação entre eles, especialmente quando o bebê está grave e sua saúde inspira cuidados mais intensivos para manter sua vida (Eutrope et al., 2014).

Estudos como de Bradford et al. (2017) e de Pickering e Sanders (2017), demonstraram que, o cuidado sensível e compassivo dos pais, é essencial para um desenvolvimento saudável do filho, mesmo em um ambiente controverso como de uma UTIN. O envolvimento dos pais neste ambiente, com a participação deles nos cuidados, como troca de fraldas, alimentação ou o contato pele-a-pele, pode minimizar os impactos dos eventos estressores no desenvolvimento do bebê. Ao mesmo tempo que o envolvimento dos pais tem poder transformador na realidade da família, no que concerne a se sentir acolhida e envolvida nas ações de cuidado com seu bebê, onde a troca afetiva é essencial para estabelecer a parentalidade e o reconhecimento de seu importante papel na vida do bebê.

Muitas famílias vivenciam emoções de desesperança, sofrimento psicológico, ansiedade e até mesmo depressão frente a incerteza de sobrevivência de seu bebê, bem como das possíveis sequelas que a criança possa desenvolver no decorrer da vida. O impacto da realidade do bebê de aparência física diferente e do ambiente intimidador e estranho do hospital pode colocar em risco a condição de bem-estar emocional e mental dos pais, em especial, da puérpera que transiciona pelo impacto da hospitalização de seu bebê e do bombardeio das mudanças

hormonais e físicas típicas do período do puerpério, podendo evidenciar sintomas de estresse pós-traumático, que afetará, possivelmente, sua rotina e sua disponibilidade para cuidar e acolher seu bebê (Roa & Ettenberger, 2018).

Compreender e apoiar os pais neste período é essencial e benéfico tanto para estes, quanto para o bebê; oferecer escuta e transicionar as informações de cuidado paulatinamente até que eles se sintam seguros em cuidar do seu bebê futuramente, independente dos desdobramentos que acontecerão após a alta hospitalar (Roa & Ettenberger, 2018). Neste contexto da diversidade do ambiente hospitalar, do risco da saúde do bebê e do envolvimento dos pais no cuidado, um fator fundamental deve ser considerado e incentivado a acontecer para melhorar a relação entre estes e promover a saúde do bebê; fator este inerente a condição humana e a sua vida de relação: o vínculo e/ou apego.

O nascimento do bebê é um evento especial na vida da mulher, momento único e transformador, onde ela percebe que a sua atenção e disponibilidade será voltada aos cuidados básicos para garantir o afeto e a segurança de seu filho. Este sentimento que envolve o nascimento, inicia ainda com o desejo da maternidade, seguido das expectativas relativas a gestação e a ideação de seu bebê, e se perpetua ao longo da vida de relação de ambos (Silva & Braga, 2019).

Nas trocas afetivas e sensoriais bidirecionais, que acontecem por meio da interação entre a díade, se estabelece a formação do vínculo, que confere necessidade primária do ser humano e, por meio dele, que o bebê irá processar seu desenvolvimento emocional (Porto & Pinto, 2019). O significado da relação entre a mãe e seu bebê foi contextualizada inicialmente pela Teoria do Apego de Bowlby (2002, 2015), ao observar os efeitos adversos ao desenvolvimento, relacionado ao rompimento com a figura materna. A principal premissa do apego ocorre através das experiências vivenciadas na relação mãe-bebê e a qualidade desta são

fontes para o desenvolvimento sócioemocional do bebê, que será a base para seus relacionamentos futuros no percurso da vida (Dadalto et al., 2019).

Quando o bebê nasce, ele necessita de cuidados direcionados para garantir sua sobrevivência. A alimentação, a higiene, o colo, o conforto dependerão do cuidador que proverá a ele a satisfação de suas necessidades básicas, como também, de alguém que apresente a ele o ambiente que o rodeia, forme as primeiras interações com o ambiente externo e, assim, favoreça o seu desenvolvimento que se processa em múltiplos contextos para a sua adaptação ao mundo externo e interno (Pinto, 2019).

A figura que se consolida entre o ambiente e as necessidades do bebê geralmente é a mãe, ou cuidador substituto. Por meio do afeto oferecido pela mãe, o bebê desenvolverá sua consciência, seu afeto e sua cognição, assim como as reações e percepções da mãe poderão interferir na projeção, compreensão e respostas emocionais do bebê sobre os eventos do ambiente (Pinto, 2019).

Os estudos de Bowlby (1940, 1944) foram baseados em diferentes teorias e proposições, como a psicanálise, a biologia evolucionária, a etologia, a psicologia do desenvolvimento, as ciências cognitivas e a teoria dos sistemas de controle; no sentido de fundamentar suas proposições e se defender das visões reducionistas da época. O pressuposto básico do apego confere como elemento básico e essencial ao ser humano, apesar de ser notado também em outras espécies.

De acordo com Bowlby (1989), o apego é biologicamente programado, instaurado por meio de sinais inatos do bebê, que demandam proximidade da figura que está disponível em atender as demandas do bebê e oferece respostas que reforçam a relação e o sentimento de segurança da criança; conforme a consistência das ações de cuidado, sensibilidade e responsividade dos cuidadores. Assim, ao longo do tempo, o afeto se desenvolve, essencial nas

projeções de comportamento e nos relacionamentos sociais que esta criança irá desenvolver em toda a sua vida.

A partir das relações de apego com seu cuidador, a criança constrói o modelo representacional interno de si mesma, a depender da forma como é cuidada, de modo, que se este sentimento se constrói de forma segura, permitirá a criança a cuidar de si própria, ser independente, acreditar em si mesmo e se aventurar a explorar a liberdade nos diferentes contextos de vida, por meio da exploração dos ambientes, objetos e relações sociais (Urrutigaray, 2016).

O apego tem função complexa e representativa na vida do indivíduo, apesar de ser biologicamente programada, as respostas afetivas dependerão de como o indivíduo irá estabelecer suas relações, no caso, dependerá do movimento afetivo de seu cuidador principal. As experiências precoces formarão a base para que o indivíduo generalize a relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo, na atividade dinâmica que organiza sua personalidade em desenvolvimento (Bowlby, 1989).

O termo “apego” corresponde ao vínculo que a criança estabelece com a sua mãe a partir do nascimento, sendo um produto inato de sistemas comportamentais para manter proximidade com a mãe ou seu cuidador principal, como os comportamentos de sugar, mamar, agarrar-se, seguir com os olhos e chorar, e assim estimular uma resposta materna, que evolui para o contato afetivo (Bowlby et al., [1965], 1990).

Durante os primeiros anos de vida, o tipo de apego estabelecido com a criança poderá ajudar ou inibir a relação desta com o mundo. Ainsworth (1978) baseada na proposta da teoria do Apego de Bowlby e a partir de observações naturalísticas do tipo de interação entre a mãe e seu bebê, identificou dois estilos de apego: o seguro e o inseguro. Por meio de suas observações, se a criança apresentar capacidade de explorar dinamicamente o ambiente e se mostrar mais confiante para realizar a tarefa, possivelmente ela apresentará apego seguro com

seu cuidador. Enquanto que, se a criança reage baixa exploração do ambiente ou pouca ou intensa interação com suas mães, provavelmente o estilo de apego seria inseguro.

Para aperfeiçoar esta observação, Ainsworth (1978) desenvolveu o método experimental chamado de *Situação Estranha*, que permitiu estudar melhor o sistema de classificação do apego entre o cuidador e a criança. As categorias de apego foram então, organizadas em: padrão seguro, padrão ambivalente ou resistente e padrão evitativo. Mais tarde, fora incluso outra categoria de apego denominada desorganizado ou desorientado. Cada padrão é descrito mediante o estilo de comportamento que a criança exibe na situação onde o seu cuidador principal se retira por determinado momento e depois retorna, de modo que a forma como a criança reage poderá demonstrar como ela se sente em relação ao seu cuidador e como ela vivencia a sua ausência (Dalbem & Dalbosco, 2005).

A privação do contato afetivo no início da vida pode provocar alterações no foro emocional ou na saúde mental da criança. Ruptura abrupta, ou inadequada, dos laços afetivos ou a ausência de contato afetivo significativo durante a gestação e/ou após o nascimento podem inviabilizar a formação de apego seguro e funcionalmente adequado ao desenvolvimento emocional da pessoa (Dalbem & Dalbosco, 2005).

No caso de nascimento prematuro, a quebra deste primeiro contato entre o cuidador (mãe) e o bebê as vezes é inevitável, a depender das condições de saúde de ambos, que na maioria dos casos, necessitam de suporte hospitalar intensivo, que limita o contato e/ou encontro de ambos. A prematuridade por si só já confere risco em potencial para o desenvolvimento da criança, que correlata ao BP, poderá afetar significativamente sua condição de saúde e expor o bebê a possíveis sequelas do desenvolvimento, do comportamento e da sua vida de relação (Saur, 2016; Saur et al., 2018).

Mediando os conhecimentos acima descritos e frente a importância de entender as situações vivenciadas dentro da unidade neonatal, o presente estudo busca correlacionar os

fatores inerentes as condições sócio-demográficas, as práticas parentais de cuidado e vínculo, e as respostas do desenvolvimento neuro-comportamental quando os indivíduos envolvidos neste contexto estão potencialmente em condição de risco, como mãe adolescente, que se encontra em fase de descobertas e relações sociais diferenciadas do seu ciclo primário familiar, mas que ainda necessita de suporte para se desenvolver; e seu bebê PT e de BP, ser totalmente dependente de atenção materna e do suporte técnico especializado para manutenção de sua vida.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo Geral

Analisar como se estabelece a relação entre o vínculo/apego mãe adolescente e bebê, o cuidado materno e do desenvolvimento neurocomportamental do bebê pré-termo e de baixo peso no ambiente de unidade neonatal.

6.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sócio demográficos e clínicos das mães adolescentes e de seus bebês;
- Identificar as respostas afetivas da mãe adolescente para a formação do vínculo/apego junto ao bebê pré-termo no ambiente hospitalar;
- Acompanhar a evolução do desenvolvimento neurocomportamental do bebê pré-termo e de baixo peso durante sua permanência no ambiente hospitalar;
- Descrever a percepção da mãe adolescente sobre os principais cuidados realizados na rotina hospitalar diária com o bebê pré-termo e de baixo peso;
- Correlacionar as características do perfil sócio demográfico e clínico da mãe adolescente e de seu respectivo bebê, do vínculo e cuidado materno, e do desenvolvimento neurocomportamental do bebê pré-termo e de baixo peso, no contexto hospitalar.

7 MÉTODO

7.1 Delineamento

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, transversal e correlacional, de característica quanti-qualitativa (misto), realizado na UCINCa do hospital de Referência Materno Infantil: a FSCMPA; ocorrido entre os meses de junho de 2020 a julho de 2021, com grupo de mães adolescentes e seus respectivos bebês PT e de BP.

Esta pesquisa esteve vinculada ao Projeto Guarda-Chuva, intitulado: “*Cuidado de Bebês Prematuros e de Baixo Peso Atendidos em uma Unidade Materno Infantil: Desenvolvimento e Vinculações*”, o qual foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da FSCMPA, com o parecer consubstanciado favorável nº 2.944.186, e CAAE: 95670918.5.0000.5171 (Anexo A).

7.2 Participantes

Foram convidadas trinta e cinco mães adolescentes e seus respectivos bebês, os quais foram selecionados conforme os critérios de inclusão e exclusão. Foram oferecidos as mães adolescentes e seus respectivos responsáveis os termos obrigatórios de autorização para pesquisa com seres humanos, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), bem como resguardo de sua identificação, esclarecimento dos objetivos da pesquisa e codificação (códigos alfas numéricos) das participantes do estudo, conforme Resolução 466/12, 580/18 do sistema CEP/CONEP.

Participaram da primeira fase da pesquisa trinta e uma díades. Entretanto, na segunda fase da pesquisa participaram vinte e cinco díades, as causas foram por óbito de um bebê por broncoaspiração antes da alta hospitalar, e as demais por não completarem todo o processo de

coleta de dados (avaliação do desenvolvimento e segunda entrevista), em virtude de terem recebido alta durante o final de semana e de morarem em localidades de difícil acesso.

As mães incluídas no estudo apresentaram idade entre treze e dezenove anos (critério da OMS para pessoas na fase de adolescência), alfabetizadas, nascidas no estado do Pará, sem histórico de doenças incapacitantes ou de transtorno mental prévio a gestação; as quais permaneceram como acompanhantes de seus respectivos bebês na UCINCa durante todo o processo de hospitalização, e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, bem como por meio do aceite de seus responsáveis, concordando com os Termos legais da pesquisa envolvendo os seres humanos.

Os bebês incluídos nesta pesquisa apresentaram histórico de prematuridade (abaixo de 37 semanas) e com BP (menos de 2500g) ao nascimento, clinicamente estáveis, em tratamento apenas para ganho de peso, respiração de forma satisfatória e em área ambiente, com dieta preferencialmente por leite materno, sendo acompanhado na UCINCa durante a coleta de dados; sem históricos de más formações congênitas, síndromes genéticas e/ou risco evidente de morte. Ressaltamos que todos os bebês incluídos por esta pesquisa passaram pelas diferentes fases de hospitalização, entre UTIN e UCINCo, até sua chegada a unidade canguru.

Com a finalidade de manter a homogeneidade das amostras entre mães e bebês, os preceitos éticos e seguir os objetivos propostos, delimitamos a não participação neste estudo as seguintes situações: mães acima de 19 anos ou abaixo de 13 anos; as com história prévia de transtorno mental (depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar, etc.), ou que a família não autorizasse a participação nesta na pesquisa; e bebês sem histórico correlato/associado de prematuridade e BP, com síndromes genéticas (Síndrome de Down, Síndrome de Patau, Síndrome de Meibius, etc.), bebês com mal formações congênitas (polidactilia, fenda palatina, hidrocefalia, anencefalia), ou bebês que apresentassem condições clínicas desfavoráveis como infecções, broncodisplasia, icterícia residual, entre outras.

7.3 Caracterização do Contexto de Pesquisa

O hospital selecionado para a referida pesquisa foi a FSCMPA, na qual é credenciado como um hospital público, 100% SUS e de referência em saúde materno-infantil na região norte do Brasil; que desenvolve atividades de assistência, ensino e pesquisa. Sendo o hospital mais antigo do Estado do Pará com 364 anos de atuação. Atualmente apresenta-se como a maior maternidade do Brasil, segundo dados da própria instituição, e desenvolve programas e projetos específicos para assistir a clientela materno-infantil, especialmente atenção a gestante de alto risco e ao recém-nascido.

Em 2013, o referido hospital recebeu a certificação enquanto unidade de referência em Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – MC, pelo Ministério da Saúde, com vistas a colaborar com um dos objetivos do milênio, por meio da diminuição da mortalidade materno-infantil e amenização dos riscos de morbi-mortalidade neonatal (FSCMPA, 2013).

A FSCMPA possui, atualmente, 140 leitos cadastrados para cuidado neonatal. Destes, 60 leitos de UTIN, aproximadamente 60 leitos de UCINCo e 20 leitos de Unidade de UCINCa. Por ser referência em MC, o hospital também apresenta a Terceira Etapa do MC, caracterizada como a fase de desospitalização, com acompanhamento semanal, até o bebê atingir o peso mínimo de 2500g. Após a alta, caso o bebê tenha nascido com menos de 34 semanas de idade gestacional, é encaminhado para o Ambulatório de Seguimento do Prematuro (*follow up*), onde segue em acompanhamento multiprofissional até a idade pré-escolar (em média 4 anos de idade).

A UCINCa, inicialmente, era composta por 16 leitos mãe-bebê, com o avançar das demandas institucionais, o quantitativo de leitos foi ajustado para 20, no sentido de atender as necessidades da comunidade. Durante o período em que os bebês estão sendo acompanhados na fase hospitalar na unidade neonatal, as mães têm livre acesso na UTIN e podem até

permanecer com seu bebê 24 horas na unidade convencional, caso seja possível. Na unidade canguru, as mães permanecem por todo o período como acompanhantes de seus bebês. Elas assumem quase integralmente os cuidados destinados ao seu respectivo bebê; com a finalidade de favorecer e fortalecer o vínculo, colaborar com a segurança no manuseio, estimular o aleitamento materno e desenvolver habilidades e competências relacionadas às atividades diárias com seus bebês, de modo a perpetuar as atividades aprendidas após a alta hospitalar, assim como reconhecer os sinais de alerta caso o bebê necessite novamente de suporte médico.

7.4 Instrumentos e Materiais

Para registro de dados específicos do histórico da mãe e do bebê, foi elaborada uma ficha específica para dados sócio demográficos pela autora (Anexo B), para obter informações básicas sobre histórico gestacional da mãe, parto e de nascimento dos bebês, com dezoito itens relativos aos dados maternos e nove itens sobre o bebê; obtidos parte por meio do prontuário eletrônico e complementado pelo relato da mãe (dados que não estavam registrados em prontuário como: escolaridade, estado civil, rede de apoio, renda familiar), o que facilitava a observação do grau de compreensão da mãe sobre sua atual realidade. A ficha de dados sócio demográficos registrou dados relativos ao histórico gestacional e materno e do perfil clínico do bebê, a fim de facilitar a seleção dos participantes de acordo com os critérios de inclusão na pesquisa.

A ficha de dados sóciodemográficos permitiu analisar o histórico do pré, peri e pós-natal, bem como intercorrências durante este período, índice de Apgar, idade gestacional e peso ao nascer, tipo de alimentação do bebê, perfil pessoal do cuidador principal e condição sóciofamiliar. Tais variáveis foram essenciais para o estudo do perfil de cada criança, e sua respectiva mãe. Ressalta-se neste instrumento prévia dos aspectos sociais e familiares, pontuando quais os atores envolvidos no suporte familiar da mãe.

Utilizamos duas entrevistas, que foram organizadas de forma semiestruturada, por permitir roteiro flexível, com perguntas abertas e/ou fechadas e refletir dados objetivos a partir de informações subjetivas, favorecendo descrição dos fenômenos sociais em relação a sua totalidade. Neste caso, as entrevistas seguiram linha fenomenológica, no sentido de facilitar a descoberta dos significados dos comportamentos dos participantes, considerada a realidade vivida quando foi realizada (Manzini, 2004, 2012).

Ambas entrevistas oferecem parâmetro do modo como os cuidados foram realizados, da atenção e da disponibilidade da mãe em atender as necessidades físicas e emocionais do bebê, considerando que o cuidado confere a maior parte dos estímulos essenciais para o desenvolvimento da criança e a formação do vínculo entre estes. As entrevistas foram baseadas na pesquisa desenvolvida por Leão (2012), a qual utilizou protocolo de entrevistas desenvolvido pelo projeto PREPAR, do Núcleo de Infância e Família / Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2009e).

A primeira entrevista (Anexo C) é composta de trinta e seis perguntas e apresenta as seguintes categorias de estudo: categoria 1 - percepções sobre a hospitalização do bebê e sua enquanto acompanhante, com sete perguntas. Categoria 2: rotina da unidade neonatal, composta por seis perguntas. Categoria 3: cuidados com o bebê, com onze perguntas. Categoria 4: estados de consciência e interação da mãe-bebê, com cinco perguntas. Categoria 5: rede de apoio da família, com seis perguntas e categoria 6: com uma pergunta de opinião livre sobre sua vivência antes de adentrar a unidade canguru. As categorias elaboradas na entrevista delimitam alguns aspectos pertinentes ao cuidado materno e as percepções desta em relação ao seu contexto de vida atual com seu bebê.

A segunda entrevista (Anexo D) é composta de 35 perguntas e segue a mesma abordagem sobre as categorias de estudo. A categoria 1 - percepções sobre a hospitalização do

bebê e sua enquanto acompanhante, com oito perguntas. Categoria 2: rotina da unidade canguru, composta por cinco perguntas. Categoria 3: cuidados com o bebê, com dez perguntas. Categoria 4: estados de consciência e interação da mãe-bebê, com cinco perguntas. Categoria 5: rede de apoio da família, com seis perguntas e categoria 6: com uma pergunta de opinião livre sobre sua vivência na unidade canguru, e contextualiza o raciocínio em relação ao tempo disponibilizado para que esta assumisse maior parte dos cuidados com seu bebê, que confere maior autonomia, segurança e o vínculo com seu bebê.

Para garantia de maior confiabilidade dos relatos das entrevistas, o pesquisador utilizou um gravador de voz, da marca *Sony Digital Voice Recorder 4gb Icd-Px240*, para transcrevê-las na íntegra. O uso do gravador foi restrito ao pesquisador, não havendo divulgação do seu conteúdo até o tratamento dos dados, respeitando a identidade da mãe. Prévio a realização da entrevista, o aparelho foi higienizado, para controle de infecção, bem como foi apresentado o Termo de Autorização para Utilização de Relatos Escritos, Imagens e Sons de Voz para fins de Pesquisa (TAUI) à mãe ou ao responsável legal da mãe, levando-se sempre em consideração o respeito ético dos participantes.

A escala utilizada para avaliação do vínculo foi Escala de Apego Pós-Natal (MPAS), desenvolvida por Condon e Corkindale (1998), tem como objetivo avaliar as respostas afetivas da mãe em relação ao seu bebê, sendo um instrumento eficaz na identificação da presença do vínculo mãe-bebê.

A escala MPAS (Anexo E) sustenta várias disposições maternas em relação ao bebê, a partir de seu auto relato, como o prazer na proximidade, tolerância, gratificação e aquisição de conhecimento. Apresenta 19 perguntas com respostas definidas a serem assinaladas, pontuando de 1 (baixo apego) a 5 (alto apego), cada resposta apresenta uma pontuação específica. A soma dos escores define prováveis percepções da mãe quanto aos sentimentos vivenciados no cuidar do bebê.

É importante considerar que o instrumento do MPAS, por ser um auto relato, onde a própria mãe assinala a alternativa que mais se aproxima da sua experiência com o bebê; representa ferramenta importante para a pesquisa do vínculo/apego estabelecido e oferece um parâmetro sobre o sentimento materno inicial e a disponibilidade de cuidar. Ressaltamos que, o uso da escala não abraça toda a complexidade existente nesta relação, apenas indica a provável presença do apego. O MPAS apresenta bom nível de confiabilidade e de consistência interna, conforme descrito nos estudos realizados por Condon e Corkindale (1998), Malgorzata Mason (2015), Scopesi et al. (2004) e Van Bussel et al. (2010). Considerando a aplicabilidade da avaliação do vínculo ainda no período inicial de vida, a utilização deste instrumento, traduzido para o português, é essencial para o desenvolvimento da pesquisa, pois permite atingir aos objetivos traçados para correlacionar o vínculo ao cuidado diário com o bebê.

O Exame Neurológico Neonatal de *Hammersmith* (HNNE) consiste em avaliação desenvolvida por Lilly Dubowitz e Vitor Dubowitz em 1981, e organização de Eugênio Mercury em 1998. Pode ser aplicada no período neonatal com recém-nascidos a termo e PT. É composta por 34 itens, que avaliam as respostas neurológicas por meio de seis categorias: postura, padrões de tônus muscular, reflexos, movimento espontâneos, sinais neurológicos anormais e comportamento. Os itens são pontuados por uma escala de 1 a 5 pontos, podendo ser pontuado em nível intermediário caso a resposta esteja entre um ou outro item (1/1,5/2/2,5/3/3,5/4/4,5/5), sendo a soma considerada pontuação bruta ou pode acompanhar a evolução da maturidade neurológica de forma qualitativa, reaplicando teste em diferentes momentos.

A HNNE (Anexo F) é utilizada em clínica e em pesquisas científicas para analisar o desenvolvimento típico em bebês, ou seja, seu estado neurológico, considerando o processo evolutivo do desenvolvimento, que se processa em ganhos diários do bebê, conforme aumenta sua idade (maturação neurológica).

Ao aplicar o exame, os estados de consciência do bebê deverão ser considerados, bem como o ambiente em que o bebê será avaliado, começando pelos itens que podem ser realizados com o bebê dormindo (sono leve) e finalizando com o bebê em estado de alerta (acordado). Sugere-se que o exame seja realizado uns 30 ou 60 minutos antes da mamada. O exame é confiável para ser aplicado de forma sequencial em prematuros, no sentido de comparar seu desenvolvimento neurológico conforme avança a idade corrigida. Permite mostrar o padrão de respostas de tônus, movimento e comportamento neurológico do bebê de acordo com sua idade, nos primeiros dias de vida, assim como demonstra possíveis padrões de alterações ou insultos neurológicos decorrentes de uso de drogas durante a gestação, anóxia neonatal, parto difícil, hemorragias intracranianas ou respostas inadequadas de funções cerebrais superiores observadas nesta fase, entre outras alterações. Como pode ser sequencial, a avaliação tem por critério comparar a resolução de sinais neurológicos angulares ou detectar o aparecimento de novas anormalidades (Dubowitz et al., 1980).

A duração do exame completo de *Hammersmith* não deve ultrapassar o tempo entre 10 e 15 minutos. Inicia com a observação do padrão postural do bebê, assim como qual o estado de consciência do bebê (Brazelton: estado 1 – sono profundo, estado 2 – sono leve, estado 3 – semiacordado, estado 4 – alerta inativo, estado 5 – alerta ativo e estado 6 – choro), registrar as condições do ambiente em que será avaliado o bebê. O bebê deve estar, preferencialmente, apenas de fralda, para que o examinador possa ter parâmetro seguro das respostas indicativas. São avaliados os padrões de tônus ativo e passivo, conforme descreve a ficha de avaliação, seguido da correlação das respostas de ambos os tipos de tônus; em seguida realiza-se a qualidade e quantidade de movimentos exibidos pelo bebê e possíveis movimentos anormais que este possa apresentar.

As respostas dos padrões reflexos podem ser avaliadas utilizando um instrumento – martelinho de reflexo infantil – para os reflexos tendíneos, os demais seguem a estimulação na

região indicada (palmar e plantar) ou posicionando-se o bebê. Após estes testes, seguem os itens comportamentais, que avaliam as respostas auditivas, com o uso de um chocalho, as respostas visuais, com o uso de um painel em formato de círculos preto e branco, sendo avaliado a resposta sobre a direção e fixação do bebê durante o procedimento. Para finalizar, os itens de choro, irritabilidade, consolo e alerta são pontuados. Para cada item, o examinador e o observador deverão marcar a resposta encontrada na ficha do exame. Após o término, compara-se os registros para autenticar a confiabilidade dos dados; alguns pesquisadores podem utilizar a filmagem também, para constatar o registro posteriormente.

7.5 Procedimento

O planejamento inicial do estudo versava em realizar a coleta de dados em dois ambientes distintos, a enfermaria de UCINCo para a fase 1 e a enfermaria Unidade Canguru para a fase 2, entretanto, em virtude do fluxo intenso de procedimentos e da dificuldade de permanência da mãe neste setor, não foi possível realizar a coleta de dados na UCINCo, sendo reajustado para que a coleta fosse realizada apenas na UCINCa, sem prejuízo para a proposta desta pesquisa. Desta forma, a coleta de dados ocorreu na primeira semana do bebê e da mãe na unidade canguru, repetindo a aplicação dos protocolos de pesquisa no dia ou semana relativa à alta hospitalar.

O estudo iniciou com a seleção dos participantes de acordo com os critérios de inclusão, seguido de apresentação dos termos obrigatórios para autorização da pesquisa e orientações sobre os objetivos e procedimentos dela para os participantes. Após a concordância destes, com autorização dos responsáveis das mães menores de 18 anos e das mães entre 18 e 19 anos.

A coleta de dados foi realizada em três fases (Figura 9). A primeira fase constituiu o levantamento dos seguintes dados: 1. perfil sócio demográfico; 2. primeira entrevista, e 3. avaliação do perfil de desenvolvimento neurocomportamental do bebê. Parte dos dados sócio

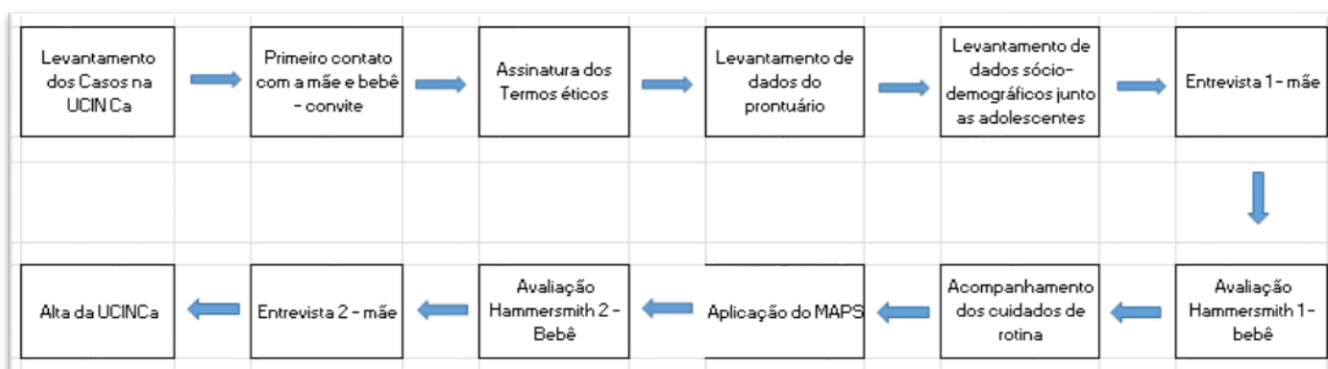
demográficos e clínicos foram coletados mediante acesso ao prontuário eletrônico do hospital. Os demais dados foram relatados pelas participantes, como escolaridade e religião.

No percurso do período na UCINCa, as mães iniciavam o cuidado canguru direcionado, com suporte da equipe, de forma independente, tornando habitual a promoção do bem-estar do bebê, a conservação de energia, o sono, o ganho de peso e a prática da PC. A aplicação do instrumento de auto-relato relativo a avaliação do vínculo, que corresponde a segunda fase da pesquisa, acontecia após a mãe assumir os cuidados de forma integral, em média duas semanas de permanência na unidade canguru.

Quando a equipe anunciava a preparação para a alta, iniciava a terceira fase da pesquisa, onde os seguintes protocolos eram reapresentados: 1. segunda entrevista e 2. avaliação do desenvolvimento neurocomportamental do bebê. A finalidade da organização em fases visava oferecer parâmetro comparativo entre os dois períodos vivenciados por mãe e bebê, especialmente sobre a experiência materna de hospitalização, relação com o bebê e sobre como o bebê evoluiu em termos de desenvolvimento.

Figura 9

Sequência Descritiva das Etapas de Coleta de Dados



7.6 Análise dos dados

Por se tratar de estudo empírico, correlacional e analítico, utilizando os protocolos anteriormente descritos, a análise dos dados foi organizada conforme a caracterização dos protocolos utilizados no decorrer da pesquisa.

Os dados relativos ao MAPS, *Hammersmith* e ficha de dados sóciodemográficos relacionam-se ao estudo quantitativo, os scores obtidos permitiram análise estatística, com o uso de estudo correlacional e a aplicação da análise de variância (ANOVA). As entrevistas foram descritas na íntegra, revisadas e ajustadas para inclusão dos dados no *software Iramutec*, para formalizar os dados qualitativos em análise aos demais itens utilizados nos protocolos gerais de pesquisa.

A fidedignidade dos dados obtidos por meio da avaliação do neurodesenvolvimento foi testada pela relação e/ou comparação entre avaliadores, ou seja, além do pesquisador responsável que aplicou o exame em cada bebê, houve também a colaboração de um profissional de saúde (reabilitação), que verificou conjuntamente o padrão de respostas mais prevalentes, realizando a comparação de cada resposta para o preenchimento da ficha relativa ao exame de HNNE, sendo consideradas as respostas que apresentaram maior índice de anuência inter observadores/avaliadores.

As informações da caracterização amostral foram apuradas em banco de dados elaborados em planilha utilizando o *software Microsoft® Office Excel® 2016*, com descrição dos dados sóciodemográficos das mães, do perfil clínico do bebê, das respostas para cada item do MAPS e do exame neurocomportamental de *Hammersmith*.

Na aplicação da Estatística Descritiva, foram construídas tabelas para apresentação dos resultados e calculadas os percentis dos resultados relativos ao perfil sóciodemográfico e das respostas prevalentes da pontuação obtida no MAPS, os quais foram agrupados entre si. A pontuação de cada item relativo ao Exame Neurocomportamental de *Hammersmith* foi

detalhada em uma planilha, as quais permitiram comparação entre as respostas entre a primeira e a segunda avaliação do bebê.

Para os dados do perfil sócio-demográfico, do MAPS e do exame neurocomportamental de *Hammersmith*, foi utilizado o teste de correlação de *Pearson* (teste de normalidade, de homogeneidade), também se utilizou a ANOVA, para detalhar melhor a relação direta entre as evidências estatísticas contidas nos referidos dados, realizando em seguida o pós-teste de Tukey. Para a tomada de decisão, foi adotado o nível de significância $\alpha = 0,05$ ou 5%, sinalizando com asterisco (*) os valores significantes. Para as variáveis dos casos utilizados, as estatísticas são baseadas em casos sem valores omissos para qualquer variável dependente ou fator usado. Para a definição de omissos: os valores omissos definidos pelo usuário para variáveis dependentes são tratados como omissos). O exame sobre as variáveis apresentadas considerou: *Plot Boxplot*, *Compare Groups*, *Statistics None*, *Cinterval 95*, *Missing Listwise e Nototal*.

As entrevistas 1 e 2 foram transcritas e organizadas, utilizando o *software Iramuteq*, versão 0.7 alpha2, para caracterizar a lexicometria dos relatos, organizando os relatos em um corpus estatístico. Neste caso, foi utilizado o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ou método de *Reinert*, que mais se adequa ao perfil de análise correlacional entre os protocolos utilizados. O método CHD permite organizar o conjunto de textos em classes lexicais como categorias analíticas endógenas, a partir das quais os processos inferenciais puderam ser desenvolvidos, originando dendogramas para favorecer a categorização empiricamente orientada e específica de cada classe (Sousa, 2021). Após a análise pelo *Iramuteq*, os dendogramas foram dispostos em classes específicas em ordem de frequência de palavras, acompanhados do valor do qui-quadrado.

As variáveis deste estudo permitiram observar como se inter-relacionam na vigência de uma mãe adolescente e seu respectivo bebê com histórico de prematuridade e BP, ao processo

de vínculo/apego, desenvolvimento e qualidade do cuidado diário da mãe com o filho. Em síntese, o construto da pesquisa observa existência de relação linear e proporcional entre as variáveis dependentes e independentes ou se há ausência de relação.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados de acordo com os objetivos da pesquisa, que versam sobre: relatar o perfil dos participantes da pesquisa – mães e bebês, identificar as especificações da qualidade do vínculo indicadas pelo valor atribuído do MAPS, incluindo o tempo de interação, e o valor total da correlação entre o perfil sóciodemográfico e as respostas atribuídas pelo MAPS. Também versa sobre descrever como ambos se correlacionam com o desenvolvimento do bebê durante o período da pesquisa, considerando a maturação das respostas neuroevolutivas obtidas por meio da avaliação do bebê pela *Hammersmith*. Ao final, considera os relatos das mães por meio do estudo do dendograma das classes de respostas em relação ao padrão de vínculo e cuidado, entendendo quais as variáveis interferem significativamente para o estabelecimento destas com as demais respostas obtidas nos registros dos dados quantitativos.

Para a apresentação dos resultados, enfatizaremos nas principais temáticas a serem discutidas no estudo, considerando a complexidade de interpretação dos dados quantitativos e qualitativos (entrevistas). Reiteramos que na primeira e segunda fase do estudo foram acompanhadas trinta e uma díades, entretanto, na terceira e última fase participaram vinte e cinco díades, em virtude de um óbito e cinco altas durante o final de semana, período em que o pesquisador estava ausente da unidade canguru.

8.1 Perfil Sócio Demográfico e Clínico dos Participantes

O perfil sócio demográfico foi realizado a partir do registro de itens relativos a mãe e ao bebê. Desta forma, apresentaremos os dados mais prevalentes de forma descritiva e os dados completos detalhado dos referidos itens em forma de tabela.

Conforme a tabela 4, a estatística descritiva indicou um perfil sócio demográfico mais prevalente entre as mães com idade entre 17 e 19 anos, que pode ser caracterizada como

adolescência tardia. Nesta faixa etária, é possível identificar também uma leve prevalência de mães provenientes do interior do estado do Pará, originárias de regiões do Nordeste e Sudeste do Pará, e da Ilha do Marajó. Consideramos que a região metropolitana da capital do estado, incluíram-se os municípios de Ananindeua, Marituba e Benevides, distritos de Icoaraci, Outeiro e Mosqueiro, e as ilhas de Cotijuba e Combu.

A escolaridade indicou que a maior parte das mães estava cursando ou concluiu o ensino médio; foi possível registrar mediante a coleta de dados que ou tinham abandonado os estudos em virtude da gestação, ou não pretendiam seguir para o ensino superior, com o relato de que haviam “terminado” os estudos, pois concluíram o ensino médio.

Concomitante a situação de escolaridade, a maioria não exercia atividade remunerada, autointitulando-se como dona de casa, as demais atividades relatadas se referiam a ser estudante, as que abandonaram os estudos por conta da gestação, e as que exerciam atividade autônoma como vendedora de produtos de catálogo ou de comidas.

A maioria relatou estar em uma relação estável, namorando, casada ou vive com o companheiro, entretanto, também relataram morar com os pais, dependendo financeiramente destes para prover seu sustento e receber apoio para os cuidados com o bebê. A renda média destas famílias em que a adolescente estava inserida girou em torno de um a três salários-mínimos (valores 2020/2021), entretanto quase todas as adolescentes indicaram ter irmãos, avós, tios e outros parentes que dividiam a moradia com ela e os pais, o que mostra certa limitação na renda para manter toda a família.

Neste estudo, os dados relacionados as mães mostraram que a maioria busca seguir a religião católica ou evangélica, que seguem o padrão da comunidade local, típico dos padrões de religiosidade encontrado no estado do Pará.

Quanto ao histórico da gestação, parto e puerpério, os dados indicaram que a maioria das mães realizou quatro ou mais consultas pré-natais, bom indicativo do acompanhamento a

gestante, contudo, possivelmente a evidência de processos infecciosos, com relatos de infecção do trato genito-urinário durante a gestação, pode ter contribuído para o parto prematuro ou restrição do crescimento intrauterino do bebê. Quase todas as mães eram primíparas e o maior percentual foi para parto espontâneo.

O tempo de internação prevaleceu o período entre dez e vinte dias acompanhando seu bebê no hospital. Importante indicar que, durante a coleta dos dados, as mães relataram saudades de casa, insegurança em estar sozinha no hospital, dependendo de pessoas desconhecidas ou recebendo apoio de pessoas que tinham pouca convivência. Em alguns casos, o serviço psicossocial do hospital solicitou a permanência de um outro membro da família da adolescente, especialmente nos casos de mães menores de dezesseis anos, com a finalidade de oferecer um apoio emocional e ajudar nos cuidados com o bebê.

Tabela 4

Perfil Socio Demográfico das mães adolescentes

<i>Socio Demográfico Materno</i>			
Itens	Dados	Nº - 31	%
Idade da Mãe	14-16	11	35,48
	17-19	20	64,52
Procedência	Região metropolitana	15	48,39
	Interior do estado PA (nordeste, sudeste do Pará e Ilha do Marajó)	16	51,61
Escolaridade	Fundamental	13	41,94
	Médio	18	58,06
Estado civil	Solteira	12	38,71
	Casada/União estável	19	61,29
Religião	Católica	15	48,39
	Evangélica	11	35,48
	Outras (candomblé, sem religião, espírita, etc)	5	16,13
Profissão	Estudante	11	35,48
	Dona de casa	16	51,62
	Autônoma	4	12,90
Moradia (pessoas)	Pais	16	51,62
	Companheiro	10	32,26

	Outros (avó, tios, etc.)	5	16,13
Pré-natal	Não realizou	2	6,45
	1 à 3 consultas	10	32,26
	4 ou mais consultas	19	61,29
Tempo de internação*	1-10 dias	3	9,68
	11-20 dias	14	45,16
	21-30 dias	8	25,81
	Acima de 30 dias	6	19,35
Outros filhos	Não	29	93,55
	Sim	2	6,45
Renda familiar**	Menos de 1 Salário-Mínimo (SM)	9	29,03
	1-3 SM	16	51,61
	Acima de 4 SM	3	9,68
	Não soube informar	3	9,68
Rede de apoio***	Pais (mãe e pai da adolescente)	17	54,84
	Companheiro	5	16,13
	Sogra	4	12,90
	Mista (relação entre as anteriores)	5	16,13
Tipo de parto	Normal	20	64,52
	Cesárea	11	35,48
Intercorrências (gravidez e parto)	Patologias associadas a Pressão arterial	6	19,35
	Infecções (viral ou bacteriana)	14	45,16
	Hemorragias e dor	8	25,81
	Uso de álcool e/ou drogas	2	6,45
	Sem intercorrências	1	3,23

Nota. *tempo estimado de acordo com a data de nascimento do bebê e quando foi iniciada a coleta de dados com a mãe.

**refere a soma do total estimado pela família ou pessoas que colaboram com a renda. Este valor se refere ao salário-mínimo dos anos de 2020 e 2021.

***pessoas que colaboram com os cuidados ao bebê e mãe.

O perfil indicativo dos bebês acompanhados neste estudo sugeriu uma leve prevalência para o sexo feminino. As maiores taxas foram relativas à idade gestacional de nascimento, que variou entre muito prematuros a moderados – 30 a 35 semanas, com peso maior ou igual a 1500g, classificados como baixo peso ao nascimento, e com limitações de crescimento que se referiam aos pequenos para a idade gestacional de nascimento, segundo os critérios da OMS.

O exame de Apgar é comumente aplicado duas vezes logo após o nascimento do bebê, geralmente no primeiro e quinto minuto de vida, com possibilidade de reavaliação no décimo minuto dependendo das respostas encontradas. Os itens do teste conferem a avaliação do pulso, da aparência, da gesticulação, da atividade e da respiração do bebê; as pontuações para cada

item variam entre 0 e 2 pontos; a somatória pode variar de 0 a 10, a partir desta nota é possível prever problemas ao nascimento, indicar a necessidade de reanimação e cuidados médicos com o bebê. Notas entre 7 e 10 são consideradas boas, as notas de alerta variam entre 4 e 6 pontos e as notas de 0-3 indicam sofrimento neonatal importante, com possível dano neurológico. O objetivo da utilização do Apgar visa avaliar a vitalidade do bebê e a necessidade de reanimação, de suporte ventilatório ou outros cuidados intensivos (Dondé, 2019). No referido estudo as notas do primeiro e quinto minuto de vida mais prevalentes foram iguais ou maiores que sete, e indicaram que a maioria dos bebês participantes apresentaram boa resposta respiratória ao nascimento, apesar de posteriormente se observar índices de desconforto respiratório no histórico clínico do bebê, que comumente esteve associado a condição de prematuridade.

No momento em que iniciaram a coleta de dados, os bebês acompanhados estavam em sua maioria com sonda orogástrica (SOG) para se alimentarem, e foram encaminhados a enfermaria canguru para ajudar na alimentação, retirar a SOG, preferencialmente realizar o treino para o aleitamento materno exclusivo e ganhar peso, em média 20 g/dia. No decorrer do acompanhamento, os bebês eram pesados entre uma e duas vezes por semana, as mães realizavam PC até duas vezes ao dia e participavam dos cuidados, sendo orientadas pela equipe de saúde. O peso médio para a alta e encaminhamento para a terceira etapa do MC, é de aproximadamente 1700g para os bebês provenientes de regiões do interior e de 1650g para região metropolitana de Belém; este critério se baseia em oferecer uma margem de segurança para evitar possíveis contratempos de saúde do bebê, considerando a dificuldade de acesso a unidade hospitalar.

Estes resultados estão relacionados na tabela 5, mediante a coleta de dados em prontuário e no relato diário de acompanhamento da equipe de saúde responsável.

Tabela 5*Perfil Socio demográfico do recém-nascido – frequência*

Socio Demográfico dos bebês			
Itens	Dados	Nº - 31	%
Sexo	Masculino	15	48,39
	Feminino	16	51,61
Idade gestacional de nascimento	28 à 30 sem	6	19,35
	30 sem/1d à 35 sem	22	70,97
	35 sem/1d à 36 sem/6d	3	9,68
Peso ao nascimento	700-1000g	3	9,68
	1000-1500g	10	32,26
	Acima de 1500g	18	58,06
Tamanho ao nascimento	pequeno para idade gestacional (PIG)	27	87,10
	adequado para idade gestacional (AIG)	4	12,90
Tipo de alimentação*	Sonda oro-gástrica	16	51,61
	Copo	2	6,45
	Amamentação	9	29,03
	Mista (ex: amamentação e copo)	4	12,90
Histórico clínico	Pneumonia	2	6,45
	Desconforto respiratório	19	61,29
	Infecção precoce	4	12,90
	Infecção tardia	2	6,45
	Icterícia Neonatal	4	12,90
Apgar**	1º		
	Sem registro	4	12,90
	<7	4	12,90
	≥7	22	70,97
	5º		
	Sem registro	2	6,45
	<7	1	3,23
	≥7	28	90,32
Clínica atual***	Em ganho de peso	23	74,19
	Intercorrências (alterações em exames, uso de medicação, etc.)	8	25,81

Nota. *refere-se a como o bebê estava sendo alimentado no início da coleta de dados.

**nota aferida nos primeiros minutos de vida do bebê pela avaliação do pediatra/neonatologista da sala de parto.

***situação clínica do bebê na unidade canguru.

A tabela 6 demonstra o indicativo de correlações existentes entre as condições do perfil materno e os desdobramentos na clínica do bebê, considerando as prevalências observadas nas tabelas anteriores, 4 e 5.

Desta forma, considerando o perfil prevalente anterior, os dados significativos indicaram que para o item Idade da Mãe, as correlações significativas foram *escolaridade* ($0,49\pm0,005$), *estado civil* ($0,38\pm0,035$), *profissão* ($0,36\pm0,046$) e *tipo de parto* ($0,41\pm0,022$); para o item Estado Civil, a *idade da mãe* mostrou-se significativa ($0,38\pm0,035$); a Profissão relacionou-se ao *tipo de parto* ($0,36\pm0,049$); o Tempo de Internação correlacionou-se a *idade gestacional de nascimento* ($-0,56\pm0,0001$), ao *peso* ($-0,70\pm0,000$), à *alimentação* ($-0,36\pm0,049$) e ao *índice de Apgar no primeiro minuto* de vida ($-0,36\pm0,047$); ter Outro Filho correlacionou se a *rede de apoio* ($0,37\pm0,043$); o item Tipo de Parto esteve correlato a *idade da mãe* ($0,41\pm0,022$), a *rede de apoio* ($0,36\pm0,049$) e ao *sexo do bebê* ($-0,36\pm0,046$); o item Sexo do Bebê ao *tipo de parto* ($-0,36\pm0,046$); a Idade Gestacional de Nascimento ao *tempo de internação* ($-0,56\pm0,001$), *peso* ($0,68\pm0,000$) e *Apgar no primeiro minuto* ($0,52\pm0,003$); o Peso do bebê esteve correlato ao *tempo de internação* ($-0,70\pm0,000$), ao *sexo do bebê* ($-0,36\pm0,045$), a *idade gestacional de nascimento* ($0,68\pm0,000$) e ao *Apgar no primeiro minuto de vida* ($0,50\pm0,004$); o Tamanho do bebê à *procedência* ($-0,40\pm0,027$); a Alimentação à *procedência* ($-0,37\pm0,043$), ao *tempo de internação* ($-0,36\pm0,049$) e ao *Apgar no quinto minuto de vida* ($0,36\pm0,044$); a História Clínica de nascimento à *profissão* ($-0,39\pm0,031$); o Apgar no Primeiro Minuto à *idade gestacional de nascimento* ($0,59\pm0,003$), *peso* ($0,50\pm0,004$) e *Apgar no quinto minuto* ($0,69\pm0,000$); o Apgar no Quinto Minuto correlaciona-se a *alimentação* ($0,36\pm0,044$) e ao *Apgar no primeiro minuto* ($0,69\pm0,000$).

A interrelação existente entre os dados sóciodemográficos indica que o histórico da mãe infere sobre os desdobramentos do parto e nascimento, assim como a condição clínica do bebê, a idade gestacional e o peso relacionam-se ao tempo de internação e ao histórico de saúde do bebê.

Tabela 6*Correlação Interna entre os dados Socio Demográficos*

Sócio Demográfico	Equivalente	Média/Sig	N
Idade da mãe	Escolaridade	0,49±0,005**	31
	Estado civil	0,38±0,035*	31
	Profissão	0,36±0,046*	31
	Tipo de parto	0,41±0,022*	31
Estado civil	Idade da mãe	0,38±0,035*	31
Profissão	Tipo de parto	0,36±0,049*	31
Tempo de internação	IG de Nascimento	-0,56±0,001**	31
	Peso	-0,70±0,000**	31
	Alimentação	-,036±0,049*	31
	Apgar 1 min	-,036±0,047*	31
Outro filho	Rede de apoio	0,37±0,043*	31
Rede de apoio	Escolaridade	-0,55±0,001**	31
	Tipo de parto	0,36±0,049*	31
Tipo de parto	Idade da mãe	0,41±0,022*	31
	Rede de apoio	0,36±0,049*	31
	Sexo do bebê	-0,36±0,046*	31
Sexo do bebê	Tipo de parto	-0,36±0,046*	31
IG de nascimento	Tempo de internação	-0,56±0,001**	31
	Peso	0,68±0,000**	31
	Apgar 1 min	0,52±0,003**	31
Peso	Tempo de internação	-0,70±0,000**	31
	Sexo do bebê	-0,36±0,045*	31
	IG de nascimento	0,68±0,000**	31
	Apgar 1 min	0,50±0,004**	31
Tamanho	Procedência	-0,40±0,027*	31
Alimentação	Procedência	-0,37±0,043*	31
	Tempo de internação	-0,36±0,049*	31
	Apgar 5 min	0,36±0,044*	31
Clínica do Nascimento	Profissão	-0,39±0,031*	31
Apgar 1 min	Ig de nascimento	0,59±0,003**	31
	Peso	0,50±0,004**	31
	Apgar 5 min	0,69±0,000**	31
Apgar 5 min	Alimentação	0,36±0,044*	31
	Apgar 1 min	0,69±0,000**	31

Mundialmente, a maternidade adolescente é considerada um problema de saúde pública, influenciando sobre melhorias da assistência em saúde e educação para minimizar as taxas de gravidez precoce. As estimativas apontam maiores índices de maternidade adolescente em países em desenvolvimento, com maior prevalência em meninas na fase da adolescência tardia, provenientes de regiões rurais e de famílias de baixa renda.

Pesquisas desenvolvidas em países da Europa Central, África e América Latina (Agbor et al., 2017; Althabe et al., 2015; Kassa et al., 2019; Korenčan et al., 2017; Ortíz et al., 2019;

Oyeyemi et al., 2019), confirmam esta prevalência, de característica social e relação direta entre a incidência de gravidez na adolescência em áreas rurais, trabalho de parto espontâneos e prematuro, com indicadores de bebês com restrição do crescimento e baixo peso ao nascimento, frequentemente associadas ao início tardio do pré-natal, a exposição a processos infecciosos durante a gestação, a déficits nutricionais materno ou a imaturidade fisiológica da adolescente, com maior prevalência de eventos negativos adversos quanto menor for a idade da mãe.

Nos países desenvolvidos, apesar de apresentarem taxas em torno de 10% da população mundial em relação aos 90% dos países em desenvolvimento, apresentam as mesmas características psicossociais relacionadas a maternidade na adolescência (Rivaflecha, 2018). No Japão (Baba et al., 2016), a gravidez na adolescência esteve associada a maior proporção de famílias de mães solteiras, com renda per capita mediana a baixa, menores índices de escolaridade. Nos Estados Unidos mais de um milhão de adolescentes engravidam a cada ano e, 85% destas, são gravidezes indesejadas, além de que estas jovens enfrentam diversos obstáculos para receberem uma assistência pré-natal de qualidade, especialmente as provenientes de áreas rurais e imigrantes do México (Castañeda-Camey et al., 2019).

Quanto ao baixo peso ao nascimento, em pesquisa realizada por Hernández Maldonado e Rosales Rimache (2019), com 481 adolescentes, por meio de desenho quantitativo, longitudinal e retrospectivo em hospital localizado no Peru; em que avaliou a condição do BP e da hiperbilirrubinemia de bebês de mães adolescentes; concluíram que existe relação direta do BP com a idade e condição nutricional materna, porém, a condição de hiperbilirrubinemia não esteve condicionada ao fator idade; indicou que o aspecto nutricional materno pode inferir em prognóstico de BP para bebês de mães adolescentes. A situação do BP também foi constatada por uma pesquisa empírica com 275 recém-nascidos na Hungria, em que os resultados da gestação de adolescentes responderam a incidência significativa para o BP e para a internação de bebês (Kurai et al., 2019).

No Brasil a situação da maternidade adolescente vem decrescendo a cada ano, quando comparada às taxas relativas aos anos 80 e 90, entretanto, nosso país ainda apresenta os maiores índices de maternidade adolescente da América Latina. As questões psicossociais interferem consistentemente na frequência de famílias de mães com idade abaixo dos 19 anos em nossa realidade. Os fatores sócioeconômicos desfavoráveis levam as mães adolescentes ao abandono escolar, que acarreta influenciar a propagação da baixa renda, elevando o ciclo vicioso de propagação das discrepâncias sociais em nosso país (Moura et al., 2021).

Em um estudo brasileiro realizado por Fernandes et al. (2015), em maternidades de diferentes regiões do país, apontaram que 16,5% das mães adolescentes da região Nordeste apresentaram renda familiar menor que um salário mínimo, em comparação com a região Sul em que 63,2% das famílias apresentaram renda familiar entre um a três salários mínimos; sendo a renda proveniente do cônjuge ou companheiro ou de suas famílias de origem. Um estudo semelhante mostrou que a metade dos participantes da pesquisa viviam em famílias que ganhavam no máximo um salário-mínimo e que as famílias eram compostas por cinco a dez pessoas, além disto, a maioria das adolescentes não trabalhavam ou exerciam atividade comercial sem lucro evidente, apresentando quase que dependência financeira total, em sua maioria, esta dependência estava relacionada à renda de seus pais (Sousa et al., 2018).

No estudo realizado por Santos et al. (2018), em uma maternidade de Minas Gerais, com 327 puérperas, sendo 72 mães adolescentes, constatou-se maior prevalência de partos normais, com relação direta à idade da adolescente, com uma taxa de 13,5% de partos prematuros, e que estas apresentaram maior desvantagem em relação às características sócioeconômicas e a assistência pré-natal. Em outra pesquisa que realizou levantamento sobre as características sociais e obstétricas em um município de São Paulo, com 309 adolescentes gestantes, observou frequência de 36% com seis ou mais consultas pré-natais, com faixa etária mais prevalente entre 16 e 19 anos, associado a falta de conhecimento entre os métodos

contraceptivos e a baixa escolaridade. Com nível de reincidência da gravidez quando a situação conjugal é a união estável (Okuda et al., 2017).

Reforçando esta estatística, o estudo observacional, retrospectivo e quantitativo de Dociatti et al. (2021), constatou que em trezentos e setenta e oito partos registrados em uma maternidade pública de Joinville-SC, com adolescentes, a média de faixa etária mais prevalente foi de 16,2 anos; em que 34,7% apresentaram ensino fundamental incompleto; 74,9% solteiras; 87% na primeira gestação; 97,9% receberam assistência pré-natal; com 52,4% de consultas no pré-natal menor ou igual a oito; e 76,5% de parto espontâneo (via vaginal); com baixo percentual de bebês prematuros e de BP, 11,2 e 8,9% respectivamente. Ressaltou-se que neste estudo o percentual de nascimentos de bebês prematuros, BP, internação e óbito neonatal ($p=0,0000$, $p=0,0339$, $p=0,0231$ e $p=0,0152$) esteve associado ao menor número de consultas no pré-natal e infecção do trato urinário.

Béria et al. (2020), estudaram o perfil adolescentes entre 14 e 16 anos, sendo 431 mães adolescentes e 862 adolescentes sem filhos, na cidade de Porto Alegre. Foram analisadas as variáveis sócio-demográficas, a qualidade das relações sociais e familiares e o estilo de vida destas adolescentes. Constataram importantes associações de prevalência da maternidade adolescente entre estratos sócioeconômicos mais baixos, possuir mãe que teve filhos na mesma fase de vida, defasagem escolar, uso de tabaco e álcool, como fatores de risco. Em contrapartida, este estudo apontou que a menarca tardia, ter familiares e amigos presentes constituíram fatores de proteção para prevenir a gravidez na adolescência.

A representatividade de achados relativos à religiosidade nesta pesquisa, confirma sobre a relevância desta prática pessoal como estratégia de enfrentamento das dificuldades e na busca pelo seu bem-estar e de seu filho. A crença espiritual tem efeitos positivos para a recuperação de situações em que a saúde está em risco, como apontam alguns estudos sobre esta temática (Melo, 2020; Pires, 2017; Spacov & Silva, 2021). O Brasil é um país

predominantemente cristão, isto se deve ao processo histórico de colonização (Antunes, 2019); entretanto, nesta fase quantitativa da pesquisa não abordaremos tal temática, apesar do registro ter se mostrado favorável, este item foi incluído para indicar possíveis práticas parentais no dia a dia das famílias, muito comum em nossa realidade regional, onde prevalece a cultura da oração.

Importante ressaltar que a frequência de maternidade adolescente, bem como a relação e frequência de nascimentos de bebês prematuros e de BP no Brasil esteve associada ao cuidado precário de assistência pré e perinatal, mas não relacionada apenas ao fator idade materna (Almeida et al., 2020). As condições sócioeconômicas evidenciam a importância de gerenciar melhor o cuidado em saúde para crianças e adolescentes, com objetivo de favorecer melhor educação e assistência a esta clientela, com planejamento para prevenção da gravidez precoce e implementação de estratégias para a continuidade da trajetória educacional de jovens, estes pontos críticos a serem dinamizados para a proteção da saúde da mãe e do bebê (Oliveira et al., 2022).

A prevalência de partos prematuros e de bebês com peso e tamanho abaixo da média confere risco eminente de morbidade e mortalidade neonatal em todo mundo, com demanda crescente de ações para minimizar os eventos adversos relacionados a esta condição, que influi significativamente na qualidade de vida de crianças e do processo do seu desenvolvimento global (Chawanpaiboon et al., 2019).

Bebês PT e com BP demandam longo período de permanência hospitalar, especialmente para que seja controlado o funcionamento dos seus sistemas fisiológicos, sua hemodinâmica e que atinja idade cronológica e maturidade para manter sua estabilidade clínica sem o uso de aparelhos e/ou medicações, além de conseguir vencer as barreiras da dificuldade de ganho de peso, manter a respiração regular e conseguir se alimentar sem a utilização de sondas ou alimentação artificial (Vogel et al., 2018).

A realidade das evidências relativas à condição de prematuridade e BP no Brasil não divergem dos dados mundiais. Com indicadores de complicações semelhantes a condição de prematuridade extrema e de extremo BP, com a taxa de óbitos relativamente alta neste grupo. Também o nascimento prematuro e de BP esteve associado as condições sócioeconômicas do país dependente da região geográfica, sendo mais evidente nas regiões com menor índice de desenvolvimento humano (IDH) (Dias, 2021).

Em estudo descritivo, realizado em duas maternidades da Bahia com 333 bebês PT, a prevalência de bebês do sexo masculino foi próxima a do sexo feminino; com registro importante para prematuros tardios (64,5%) ou muito prematuros (16%); com BPN (55,3%) e Apgar maior ou igual a sete no primeiro e quinto minuto de vida; destes, 41,2% evoluíram com desconforto respiratório após o nascimento, com necessidade de um maior suporte hospitalar para sua recuperação (Santos et al., 2021).

Concomitante ao estudo de Santos et al. (2021), duas outras pesquisas realizadas no nordeste do país apontaram sobre as características sócio demográficas. O estudo de revisão de Jesus et al. (2019), no período de 2011 a 2015, sobre achados clínicos de recém nascidos, sinalizou discreta diferença para bebês do sexo masculino, com prevalência de nascimentos prematuros em torno de 32 a 36 semanas de gestação, ou seja, entre prematuros moderados a tardios, e Apgar com média significativa para nota maior ou igual a sete no primeiro e quinto minuto de vida. Já no estudo de Melo et al. (2019), com trinta e nove bebês observaram que as taxas de sexo ao nascer não apresentaram diferenças estatísticas, em contrapartida, o peso médio de nascimento foi em torno de 1022g – classificados como muito BP, destes, sua grande maioria nasceu em torno de 29 semanas de gestação, e apresentou um percentual significativo para infecções perinatais e desconforto respiratório, com necessidade de internação e acompanhamento em unidade hospitalar.

O perfil encontrado em pesquisa realizada em uma maternidade pública, por Silva et al. (2021), no município de Cuiabá-MT, com 207 neonatos, constatou que a condição de prematuridade foi responsável por 62,8% dos nascimentos, sendo 47,2% PT tardios, do sexo masculino e com apgar igual ou maior que sete, dos quais receberam alimentação por via enteral (91,1%) através de SOG. Os dados encontrados também enfatizaram que recém-nascidos do sexo feminino apresentam melhor adaptação ao ambiente extrauterino, com menor prevalência de comorbidades respiratórias do que em bebês do sexo masculino.

Na região amazônica, a pesquisa desenvolvida por Veras (2019), confirmou as estatísticas de outras regiões do Brasil, caracteriza-se a amostra em RN's do sexo masculino, PT tardios e com média sete para o Apgar e peso na faixa 1785g, além de relatar as afecções respiratórias, pneumonia e sepse neonatal como os indicadores de hospitalização, ao longo de três anos de estudo. Em contrapartida, o estudo de Froehlich et al. (2020), indicou leve prevalência de prematuridade em bebês do sexo feminino, prematuros moderados a tardios e baixo a muito BP ao nascimento.

Os bebês PT e de BP apresentaram o perfil equivalente aos demais estudos quando equiparados a idade materna na fase da adolescência. Entretanto, o risco da gestação adolescente ao parto prematuro e de BP foi proporcional a idade quando a mãe tinha menos de 16 anos de idade, oferecendo um risco considerável a saúde da díade mãe bebê (Rocha et al., 2006).

Belfort et al. (2018), por meio de uma pesquisa utilizando o método de análise hierarquizada, constataram que existe pouca relação sobre as condições de BP e prematuridade decorrentes de mães na fase da adolescência, entretanto, o risco esteve associado ao estilo de vida, acesso a bens e serviços e condições nutricionais da mãe, correlato a realidade social e econômica característica de nosso país, em que as condições de vida interferem na qualidade dos nascimentos.

Os dados descritos nas tabelas 4, 5 e 6, apresentam variáveis importantes sobre o perfil encontrado em nossa pesquisa, que refletem características comuns encontradas em diferentes pesquisas a nível mundial, nacional e regional, acima relacionadas. Contrastando a mudança do perfil destas mães, como a maternidade na adolescência tardia, um melhor nível de escolaridade e a presença e participação de um companheiro enquanto rede de apoio. Em contrapartida, o fato de não exercerem uma atividade laboral significativa, de dependência financeira, moradia com a família de base e por dificuldade de acesso a serviço hospitalar especializado para o parto prematuro, reflete ainda as situações críticas que podem impactar negativamente em seu contexto sócio demográfico e de saúde.

As situações de prematuridade e BP, conferem certo risco da saúde e progressão clínica em relação ao período de nascimento e ao valor atribuído ao peso, que permite comparar a situação crítica vivenciada pelo bebê com este histórico, que necessita de acompanhamento sistemático e um longo período de internação hospitalar. Entretanto, bons escores do Apgar, menor tempo de uso de ventilação invasiva, controle de processos infecciosos e intervenções para promoção do cuidado humanizado e participação familiar refletem bons resultados para sua recuperação e alta mais precoce possível.

A realidade observada, nos dados desta pesquisa, é indicativa para os índices de BP ou muito BP e de prematuridade moderada quando comparados aos dados relativos de diversas pesquisas realizadas no Brasil e em outras regiões do mundo. Importante destacar que tais dados corroboram com a situação de acompanhamento em unidade hospitalar especializada, assim como da necessidade de suporte ventilatório nas primeiras horas de vida, decorrentes de quadro de desconforto respiratório precoce.

A divergência encontra-se na maior incidência de RN's do sexo masculino, mas estatisticamente irrelevante, quando comparado aos achados desta pesquisa, em termo que a diferenciação foi de apenas um caso a mais para o sexo feminino. O uso de sonda para

alimentação, o padrão evolutivo da frequência do índice de Apgar no quinto minuto, o tamanho do RN – PIG, e o histórico de processos infecciosos após o nascimento também se mostraram compatíveis as demais pesquisas acima relacionadas.

8.2 MAPS e Perfil Socio Demográfico

Os resultados deste item referem-se ao escore obtido no MAPS, na correlação do MAPS com os dados socio demográfico por meio do teste de *Pearson* e pela *ANOVA*, entre as respostas obtidas destes dois instrumentos. Os dados relativos ao MAPS foram organizados por meio dos auto relatos maternos, de acordo com os fatores de análise do MAPS em: 1. Qualidade de fixação, com pontuação mínima de nove e máxima de quarenta e cinco; 2. Ausência de hostilidade e 3. Prazer na interação, ambas com pontuação mínima de cinco e máxima de vinte e cinco.

A estatística das notas relativas do MAPS, descrita na tabela 7, indicou que entre os resultados prevalentes, a *qualidade de fixação* obteve maior percentual com a pontuação entre 30 e 40, exibindo resposta de boa há muito boa para confiança e satisfação em relação à maternidade. Entretanto, sobre o fator *ausência de hostilidade*, 54,84% apresentaram pontuação abaixo de 20, indicou certo desconforto em lidar com as questões da maternidade, que com possível dificuldade de adaptação da mãe na prestação dos cuidados de rotina realizados na UCINCa. Quanto ao *prazer na interação*, 48,39% das mães apresentaram pontuação acima de 23, referiu satisfação em realizar trocas afetivas e interagir com seu bebê. Na análise geral da pontuação do MAPS, as mães demonstraram ter boa qualidade de vínculo com seus bebês, apesar das situações recorrentes das práticas e demandas advindas da maternidade na condição de hospitalização.

Tabela 7*Frequência de respostas das mães por categorias do MAPS*

MAPS			
	Pontuação	Nº - 31	%
<i>Qualidade de Fixação</i>	<30	2	6,45
	30-40	26	83,87
	>40	3	9,68
<i>Ausência de Hostilidade</i>	<20	17	54,84
	20-23	10	32,26
	>23	4	12,90
<i>Prazer em Interação</i>	<20	4	12,90
	20-23	12	38,71
	>23	15	48,39
<i>Total Final</i>	<70	5	16,13
	70-80	9	29,03
	>80	17	54,84

A correlação entre os dados sócio demográficos e destes com as respostas obtidas pelo MAPS encontram-se descritos na tabela 8. Quanto a correlação dos itens avaliados no MAPS os dados mostraram correlações significativamente importantes nos itens: Qualidade do Apego correlato a *escolaridade* ($0,40 \pm 0,024$), ao *pré-natal* ($0,47 \pm 0,007$) e as *intercorrências* ($-0,46 \pm 0,010$); o Tempo de Interação à *escolaridade* ($0,37 \pm 0,043$) e as *intercorrências* ($-0,40 \pm 0,026$); e a nota Global atribuída ao vínculo no MAPS à *escolaridade* ($0,45 \pm 0,011$), *pré-natal* ($0,46 \pm 0,008$) e as *intercorrências* ($-0,50 \pm 0,004$).

Tabela 8*Correlação de Pearson entre MAPS e Socio Demográfico*

MAPS	Sócio Demográfico	Média/Sig	N
Qualidade de apego	Escolaridade	$0,40 \pm 0,024^*$	31
	Pré-natal	$0,47 \pm 0,007^{**}$	31
	Intercorrências	$-0,46 \pm 0,010^{**}$	31
Tempo de interação	Escolaridade	$0,37 \pm 0,043^*$	31
	Intercorrências	$-0,40 \pm 0,026^*$	31
Global	Escolaridade	$0,45 \pm 0,011^*$	31
	Pré-natal	$0,46 \pm 0,008^{**}$	31
	Intercorrências	$-0,50 \pm 0,004^{**}$	31

Nota: **. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Ao se aplicar a análise variância - ANOVA, as respostas mais significantes foram para os seguintes itens: Escolaridade – global: $[F(2, 28) = 3,618, p = 0,040]$, Pré-natal – qualidade do apego: $[F(2, 28) = 4,232, p = 0,025]$, Pré-natal – global: $[F(2, 28) = 4,069, p = 0,028]$, Rede de apoio – tempo de interação: $[F(3,27) = 4,168, p = 0,015]$, Rede de apoio – global: $[F(3,27) = 3,916, p = 0,019]$, Intercorrências – qualidade do apego: $[F(4, 26) = 4,301, p = 0,008]$, Intercorrências – tempo de interação: $[F(4, 26) = 2,776, p = 0,048]$, Intercorrências – global: $[F(4, 26) = 5,723, p = 0,002]$, Alimentação (sonda x amamentação) – qualidade do apego: $[F(4, 26) = 5,723, p = 0,002]$, Alimentação (sonda x amamentação) – global: $[F(3, 27) = 4,342, p = 0,013]$, Apgar 1 minuto – tempo de Interação: $[F(6, 24) = 3,007, p = 0,025]$. Conforme se observa na tabela 9 a seguir.

Variável sócio-demográfica	MAPS	ANOVA [F(df, df erro)= Z, p= sig]
Idade da mãe	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(1, 29)= 0,006, p= 0,937] [F(1, 29)= 0,044, p= 0,836] [F(1, 29)= 0,022, p= 0,882]
Procedência	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(1, 29)= 0,082, p= 0,776] [F(1, 29)= 3,463, p= 0,073] [F(1, 29)= 0,343, p= 0,563]
Escolaridade	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(2, 28)= 2,858, p= 0,074] [F(2, 28)= 2,179, p= 0,132] [F(2, 28)= 3,618, p= 0,040]
Estado civil	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(1, 29)= 0,131, p= 0,720] [F(1, 29)= 1,782, p= 0,192] [F(1, 29)= 0,104, p= 0,750]
Religião	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(2, 28)= 1,014, p= 0,376] [F(2, 28)= 0,359, p= 0,701] [F(2, 28)= 0,719, p= 0,496]
Profissão	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(2, 28)= 1,513, p= 0,238] [F(2, 28)= 0,722, p= 0,495] [F(2, 28)= 0,233, p= 0,793]
Moradia	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(2, 28)= 0,105, p= 0,900] [F(2, 28)= 1,656, p= 0,209] [F(2, 28)= 0,145, p= 0,866]
Pré-natal	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(2, 28)= 4,232, p= 0,025] [F(2, 28)= 1,361, p= 0,273] [F(2, 28)= 4,069, p= 0,028]
Tempo de internação	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(3, 27)= 0,342, p= 0,795] [F(3, 27)= 0,151, p= 0,928] [F(3, 27)= 0,174, p= 0,913]
Outro filho	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(1, 29)= 2,991, p= 0,094] [F(1, 29)= 3,404, p= 0,075] [F(1, 29)= 0,153, p= 0,698]
Renda Familiar	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(3, 27)= 1,039, p= 0,391] [F(3, 27)= 0,155, p= 0,926] [F(3, 27)= 0,446, p= 0,722]
Rede de apoio	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(3, 27)= 2,807, p= 0,059] [F(3,27)=4,168,p=0,015] [F(3,27)=3,916,p=0,019]
Tipo de parto	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(1, 29)= 0,307, p= 0,584] [F(1, 29)= 0,177, p= 0,677] [F(1, 29)= 0,339, p= 0,565]
Intercorrências	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(4, 26)= 4,301, p= 0,008] [F(4, 26)= 2,776, p= 0,048] [F(4, 26)= 5,723, p= 0,002]
Sexo bebê	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(1, 29)= 1,718, p= 0,200] [F(1, 29)= 0,019, p= 0,891] [F(1, 29)= 0,728, p= 0,401]
IG de Nascimento	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(2, 28)= 0,192, p= 0,827] [F(2, 28)= 0,479, p= 0,624] [F(2, 28)= 0,205, p= 0,816]
Peso de nascimento	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(2, 28)= 0,812, p= 0,454] [F(2, 28)= 0,242, p= 0,787] [F(2, 28)= 0,365, p= 0,697]
Tamanho	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(1, 29)= 0,031, p= 0,862] [F(1, 29)= 0,147, p= 0,704] [F(1, 29)= 0,087, p= 0,770]
Alimentação	Qualidade do apego Tempo de interação Global	[F(4, 26)= 5,723, p= 0,002] [F(4, 26)= 0,846, p= 0,481] [F(3, 27)= 4,342, p= 0,013]

História Clínica	Qualidade do apego	$[F(4, 26) = 0,269, p = 0,895]$
	Tempo de interação	$[F(4, 26) = 0,283, p = 0,886]$
	Global	$[F(4, 26) = 0,329, p = 0,856]$
Apgar 1º min	Qualidade do apego	$[F(6, 24) = 0,822, p = 0,564]$
	Tempo de interação	$[F(6, 24) = 3,007, p = 0,025]$
	Global	$[F(6, 24) = 1,509, p = 0,218]$
Apgar 5º min	Qualidade do apego	$[F(4, 26) = 0,822, p = 0,523]$
	Tempo de interação	$[F(4, 26) = 0,993, p = 0,429]$
	Global	$[F(4, 26) = 0,901, p = 0,477]$
Condições de saúde atuais	Qualidade do apego	$[F(1, 29) = 3,502, p = 0,071]$
	Tempo de interação	$[F(1, 29) = 0,750, p = 0,394]$
	Global	$[F(1, 29) = 2,955, p = 0,096]$

Importante notar nos dados relacionados na tabela 9, as mães apresentarem uma média geral de boa vinculação com seus bebês. Ao se comparar os escores obtidos no MAPS ao perfil sócio demográfico das mães e dos bebês para as variáveis escolaridade, pré-natal e intercorrências do bebê ganharam destaque importante tanto para o teste de correlação de *Pearson*, quanto para a *ANOVA*. Isto possivelmente tem relação com a compreensão da mãe sobre a realidade apresentada da condição de saúde do seu bebê, o bebê real que inspira cuidados especializados.

Sobre o fator escolaridade é provável que quanto maior a escolaridade da mãe, maior a probabilidade de interagir com seu filho, assim como quanto melhor o seu acompanhamento pré-natal, menor será a sensação de responsabilidade única sobre o parto prematuro; assim como as intercorrências com o bebê, o fato dele ter apresentado poucas intercorrências durante a sua estadia hospitalar também pode gerar efeito positivo na vinculação entre ambos.

A análise dos resultados do teste de correlação evidenciou outros fatores que também podem influenciar no vínculo, como a rede de apoio da mãe, o tipo de alimentação do bebê e a resposta do Apgar no primeiro minuto de vida. A rede de apoio poderia influenciar a segurança materna, ao considerar que se trata de mãe na fase da adolescência; pessoas próximas a ela, como a avó do bebê ou o companheiro comumente estavam a oferecer suporte a mesma, seja por mensagens por mídia, seja em momentos que era permitido visita ou caso a avó pudesse permanecer com ela na UCINCa. Quanto a resposta do Apgar, podemos supor que se relacionou com a vitalidade do bebê logo após o nascimento, o fato da mãe perceber o choro

do bebê, que nasceu prematuro ou do possível contato pele-a-pele após o parto pode ter influenciado nesta resposta.

A fase da adolescência é permeada de mudanças físicas, biológicas, mas especialmente por mudanças comportamentais, e sócio-relacional. Os impactos das vinculações neste período conferem aprendizagem importante para o desenvolvimento do adolescente, preparo à vida adulta, permeia atitudes em prol de suas escolhas pessoais e planos de vida. Ter o bebê nesta fase da vida pode gerar certo desconforto intergeracional e interferir na perspectiva de vida que foi planejada, muitas vezes com abandono de planos e construção de novos caminhos para se adaptar a maternidade precoce.

A situação do parto prematuro pode dificultar ainda mais a adaptação do adolescente, especialmente se o bebê estiver em situação de hospitalização prolongada e risco de vida, demandando de atenção mais apurada da família como um todo. A realidade vivida pela mãe adolescente tende a inferir negativamente no envolvimento desta mãe com seu bebê, que precisará da rede de suporte suficientemente pró-ativa para ajudar na superação de suas frustrações e monitorar o envolvimento dela nos cuidados com seu bebê (Rêgo, 2019).

O discurso de Catherine Mathelin, no livro “O Sorriso da Gioconda”, retrata bem a vivência materna na situação conflituosa do nascimento do bebê prematuro: “Antes de uma criança falar, podemos imaginar tudo. É isso que torna as crianças tão fáceis de amar. Diante da doença, as mães perdem a imaginação. É preciso então trabalhar com essas mulheres em sofrimento dando-lhes tempo para que descubram seus bebês”. O discurso retrata as dificuldades atravessadas pela mãe na tentativa de se adaptar a condição do bebê real, que está lutando pela vida. Esta mulher que passou precocemente a ser a mãe, sem saber se continuará a ser, se haverá tempo de conhecer seu filho, se ele conseguirá vencer as barreiras impostas pela condição de prematuridade (Gomes, 2001).

Neste circuito de idas e vindas na unidade hospitalar, de aguardar que outras pessoas cuidem de seu filho, de se fortalecer diante das dificuldades apresentadas, a mãe busca se integrar ao fluxo do hospital (Freitas et al., 2021). Inconscientemente, se conectar ao seu filho, e comemorar cada pequena vitória, para o ter em seus braços e levá-lo para casa, mas antes disto deverá esperar pacientemente, deverá entender que naquele momento ela tem função coadjuvante sobre seu filho, e isto leva a possíveis frustrações, por não se sentir empoderada da sua condição materna.

Aos poucos, com a introdução progressiva da participação materna na rotina da unidade neonatal, tal qual a condição clínica do bebê permita, a angústia e o trauma inicial causado pelo parto precoce, vai dando lugar a função do cuidado materno, por meio do toque, da troca de fraldas, do olhar, e, podemos assim supor que o vínculo vai se estabelecendo entre ela e o bebê real (Veronez et al., 2017).

O estudo da relação mãe-bebê no ambiente hospitalar tem permitido entender como os padrões de comportamento se estabelecem na instância do nascimento do bebê PT e com BP, assim como a quantidade de vivências e experiências que ocorrem neste percurso de hospitalização até a alta. Fatores intrínsecos a como a relação mãe-bebê é estabelecida neste ambiente podem impactar futuramente nos contextos de vida de ambos, principalmente se a saúde do bebê demandar de cuidados especializados no decorrer da sua vida, decorrente de dificuldades ou déficits que este bebê possa apresentar enquanto cresce (Toledo & Ribeiro, 2021).

A pesquisa desenvolvida por Silva (2012), em uma maternidade de Lisboa; investigou a importância do toque materno para o estabelecimento da relação precoce em díades PT. O estudo buscou identificar quais variáveis influenciam positiva e negativamente na vinculação da díade. Participaram quarenta mães entre 24 e 49 anos de idade, e seus respectivos bebês PT, que nasceram entre 26 a 36 semanas de gestação, de BP, sendo a maioria do sexo masculino

(65%). Foram acompanhados durante sua permanência na UTIN e na UCINCo. Foram utilizados para a coleta de dados um questionário sócio demográfico, a MAPS, escala para Ansiedade, Depressão e Estresse; e escala de Avaliação da Satisfação com as Áreas da Vida Conjugal.

Os resultados obtidos por meio da aplicabilidade e análise do MAPS com os demais instrumentos, nesta pesquisa de Silva (2012), indicaram que o número de visitas que a mãe realizou influenciou nos sentimentos de interação, assim como o contato corporal. Entretanto o número de vezes que a mãe pegou no bebê não influenciou na *qualidade de vinculação*, talvez pela impossibilidade da mãe pegar o bebê devido o quadro clínico dele. A variável *sentimentos em relação ao bebê* e a variável *prazer na interação* não apresentaram correlação entre as demais variáveis do estudo, como as características da mãe, as características obstétricas, as características dos bebês e dos demais instrumentos utilizados; para estas variáveis também não se observaram a influência do número de vezes que a mãe ajudou a cuidar e a fazer carícias/festinhas para o seu bebê.

Atualmente, argumenta-se que a vinculação materna tem início ainda durante a gestação. Os sentimentos da futura mãe tomam lugar na sua imaginação, desencadeiam pensamentos e expectativas sobre seu bebê, que tomam forma conforme a gestação avança, de modo a se tornar mais intensa. O estudo sobre vinculação materno-fetal pode indicar os prováveis sentimentos que embasarão os laços afetivos futuros entre a mãe e o feto, que neste período começa a ser estabelecida (Dipietro, 2010). Uma gravidez de risco, entretanto, poderá gerar sentimentos de ansiedade e depressão no decorrer da gestação, o desconhecimento de sua condição e do seu futuro bebê costuma interferir no processo de vinculação.

No trabalho de Zeoti (2011), foi possível acompanhar quarenta e oito mulheres grávidas, enquanto realizavam o pré-natal em uma Escola Médica de Ribeirão Preto–SP, que recebe grávidas encaminhadas dos serviços de saúde via SUS para diagnóstico do processo

gestacional. O estudo tinha por objetivo verificar possíveis diferenças nos comportamentos materno-fetal apresentados por gestantes normais e com gravidez de risco, enquanto vivenciavam o segundo trimestre da gravidez. Entre as participantes da pesquisa, vinte e três eram gestantes de risco. Utilizaram entre três instrumentos, a Escala de Apego Materno-Fetal. Os resultados indicaram que as gestantes de risco apresentaram maiores níveis de ansiedade e depressão, contudo as respostas de apego materno-fetal mostraram-se elevadas nos dois grupos. Concluindo que condição de risco gestacional não afeta a formação do vínculo com seu bebê.

Em outro estudo mais recente, de Airosa e Silva (2013), a proposta foi analisar se existe uma associação entre suporte social, sintomatologia depressiva, ansiosa e estresse, e a vinculação estabelecida entre mãe e bebê. Neste estudo, os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram um questionário de dados sócio demográficos e clínicos, uma escala de Vinculação Pré e Pós-Natal, escala para Ansiedade, Depressão e Estresse; e uma escala de Satisfação com suporte social. Participaram cem mulheres, metade ainda grávidas e a outra metade no período pós-parto; a maioria era casada, com 12 anos ou mais de escolaridade, sendo que 82% a gravidez foi planejada, e era sua primeira gestação, com registro de oito partos prematuros e poucas com algum antecedente de problemas depressivos ou ansiedade.

Os resultados da pesquisa de Airosa e Silva (2013) indicaram maiores escores de vinculação no grupo de mães grávidas do que os de mães que já tinham tido bebê, com uma média de 73,9 e de 69,0, respectivamente. Não houve associações estatisticamente significativas entre a vinculação com a idade materna, o nível de escolaridade total da amostra, com o estado civil. Entretanto, o estudo indicou correlação importante entre o aspecto social e familiar da mãe ao baixo nível de sentimentos negativos provenientes de ansiedade, depressão e estresse. Reforçou a importância da rede de apoio para o equilíbrio psicoemocional e afetivo da mãe durante sua gestação e nos primeiros anos de vida do bebê, que são essenciais para o desenvolvimento da vinculação pela díade.

A pesquisa desenvolvida por Fracolli et al. (2019), com mães adolescentes sobre a vinculação no período gestacional e após o parto, a fim de identificar práticas parentais positivas e evolução do apego na condição de alta vulnerabilidade social materna. Participaram quinze sujeitos, residentes da zona oeste de São Paulo, com idade entre 14 e 19 anos, a maioria referiu ser solteira, apesar de algumas relatarem que estavam com o pai do bebê; com ensino médio incompleto e atraso escolar, renda familiar entre um e seis salários mínimos (valores do ano de 2015) e referiram ter aceitado a gravidez. Os resultados indicaram das quinze participantes, onze apresentaram o aumento do padrão de apego materno fetal durante o acompanhamento pré-natal, e chegou ao escore máximo da escala de apego ao final da gestação. Independente da condição de vulnerabilidade social e da maternidade na adolescência, os escores positivos na formação do apego mãe-bebê são bons preditores para o desenvolvimento global e emocional da criança, além de oferecem uma proteção afetiva fundamental para a proteção social.

Os achados da presente pesquisa, então, indicam que a maternidade durante a adolescência não influi diretamente nos padrões de apego, especialmente quando a mãe recebe apoio de sua rede social de suporte. Os resultados encontrados também não diferem da literatura sobre vínculo mãe-bebê quando relacionamos a variável independente maternidade à qualidade do vínculo estabelecido entre a díade, no entanto, fatores psicossociais podem interferir no processo de vinculação, como histórico de alterações psicoemocionais materno e rede de apoio familiar e social.

8.3 *Hammersmith* e Evolução das respostas sobre o Desenvolvimento

Neurocomportamental

A avaliação neurológica neonatal de *Hammersmith* foi aplicada em dois momentos da pesquisa, a primeira avaliação ocorreu logo que o bebê adentrava a unidade canguru, sendo

repetida conforme a equipe sinalizava que o bebê sairia de alta hospitalar. O intervalo mínimo entre a primeira e a segunda avaliação era de uma semana, considerando este intervalo essencial para evidenciar prováveis mudanças nas respostas do neurodesenvolvimento do bebê, conforme este aumenta a idade gestacional corrigida.

A comparação entre a primeira e a segunda avaliação realizada, utilizando o teste de correlação de *Pearson*, mostrou a evolução progressiva esperada da maioria dos aspectos relacionados à postura e tônus, do padrão reflexo, dos movimentos e da orientação e comportamento, conforme avança a idade gestacional corrigida, aproximando-se gradativamente ao padrão de desenvolvimento esperado para um recém-nascido que nasce a termo. Consequentemente, as respostas esperadas para os padrões e sinais anormais tenderam a diminuir conforme o bebê se desenvolve. É notável que os itens relativos ao tônus flexor 1 e ao tônus extensor da perna e extensor cervical tenderam a diminuir, possivelmente por conta do bebê sentir maior relaxamento nas respostas relativas ao ambiente, com melhoria do padrão de sono e de organização neurocomportamental.

As evoluções ou involuções dos padrões de maturação neurológica foram evidenciadas por setas ao lado direito da tabela 10; as setas para cima se referem aos ganhos evidenciados de uma avaliação para a outra, sendo as respostas mais intensas ou de maior ganho em relação ao desenvolvimento neurológico, sinalizadas por duas setas; as setas para baixo se relacionam a diminuição do padrão de respostas. Ressaltamos que nenhum dos bebês avaliados estava acima de 40 semanas de idade gestacional corrigida quando ela foi aplicada pela segunda vez, de modo que o padrão de respostas observadas equivale a idade gestacional média de aproximadamente 38 semanas e meia.

Tabela 10*Teste de correlação de Pearson para avaliação 1 e 2 da Hammersmith*

VARIÁVEIS	Hammersmith 1	Hammersmith 2	
POSTURA E TÔNUS	M±DV	M±DV	Evolução
Postura	25,97±0,12	30,00±0,16	↑↑
Recuo de Braço	25,64±0,14	32,40±0,15	↑↑
Tração de Braço Direito	22,20±0,15	25,40±0,19	↑
Tração de Braço Esquerdo	21,45±0,16	25,40±0,19	↑
Recuo de Perna	32,90±0,12	38,80±0,89	↑↑
Tração de Perna Direito	25,81±0,15	32,60±0,18	↑↑
Tração de Perna Esquerdo	25,97±0,14	34,20±0,15	↑↑
Ângulo Poplíteo Direito	34,35±0,12	39,20±0,09	↑↑
Ângulo Poplíteo Esquerdo	34,19±0,13	38,60±0,11	↑
Tônus Extensor Cabeça	23,39±0,14	28,40±0,18	↑↑
Tônus Flexor Cabeça	23,06±0,13	27,60±0,17	↑↑
Resposta à Tração	21,93±0,16	24,00±0,18	↑
Suspensão Ventral	19,03±0,09	24,00±0,15	↑
Tônus Flexor 1*	28,06±0,16	24,00±0,10	↓
Tônus Flexor 2	26,13±0,16	27,60±0,17	↑
Tônus Extensor da Perna*	37,74±0,21	35,60±0,17	↓
Tônus Extensor Cervical (Sentado)*	31,29±0,09	30,40±0,07	↓
Tônus Extensor Aumentado (Horizontal)	28,39±0,12	29,00±0,13	↑
	Hammersmith 1	Hammersmith 2	
REFLEXOS	M±DV	M±DV	Evolução
Reflexos Tendíneos	19,84±0,07	24,00±0,09	↑
Sucção/Gag	29,20±0,15	37,60±0,10	↑
Preensão Palmar Direito	25,81±0,08	26,80±0,11	↑
Preensão Palmar Esquerdo	25,97±0,08	27,40±0,11	↑
Preensão Plantar Direito	27,58±0,08	28,20±0,07	↑
Preensão Plantar Esquerdo	27,58±0,08	28,40±0,010	↑
Colocação Plantar Direito	25,81±0,10	27,60±0,10	↑
Colocação Plantar Esquerdo	25,97±0,10	27,60±0,10	↑
Moro	23,88±0,12	31,20±0,10	↑
	Hammersmith 1	Hammersmith 2	
MOVIMENTOS	M±DV	M±DV	Evolução
Movimentos Quanti	20,32±0,11	22,00±0,11	↑
Movimentos Quali	27,90±0,09	32,60±0,10	↑
Elevação de Cabeça (Prono)	27,57±0,11	32,60±0,13	↑
	Hammersmith 1	Hammersmith 2	
PADRÕES E SINAIS ANORMAIS*	M±DV	M±DV	Evolução
Postura Anormal de Pés e Mãos	10,97±0,25	0,84±0,27	↓↓
Tremor	0,58±0,20	0,48±0,23	↓
Susto	15,16±0,26	14,00±0,30	↓
	Hammersmith 1	Hammersmith 2	
ORIENTAÇÃO E COMPORTAMENTO	M±DV	M±DV	Evolução
Aparência dos Olhos	2,80±0,13	2,98±0,09	↑
Orientação Auditiva	2,24±0,08	2,40±0,12	↑
Orientação Visual	2,29±0,15	2,80±0,13	↑
Alerta	2,64±0,20	3,10±0,13	↑
Irritabilidade	2,04±0,10	2,56±0,10	↑
Consolabilidade	2,39±0,14	3,22±0,10	↑

Choro	2,42±0,11	3,16±0,11	↑
-------	-----------	-----------	---

Nota. *decreceram conforme o bebê passava aos cuidados da mãe e a um ambiente mais tranquilo.
 **decreceram conforme aumenta a idade gestacional corrigida.

É possível notar pelo teste de correlação, que o padrão de postura e tônus global do bebê aumentou conforme aumentava a idade gestacional; as respostas mais intensas se sobressaíram no tônus de membros inferiores e na resposta de tônus axial, possivelmente este padrão progressivo de tônus muscular fisiológico aconteceu por conta da maturação neurológica do bebê.

O padrão reflexo também evoluiu, entretanto sem se mostrarem exaltados, mantendo a média esperada de respostas para a idade corrigida, talvez por estar correlato ao padrão de tônus muscular. As respostas anormais de movimentos tenderam a diminuir, dando espaço a melhor qualidade e fluência dos movimentos do bebê. Assim como, as respostas comportamentais, que mostram melhor reatividade do bebê frente aos estímulos do ambiente, com um maior período para interação e trocas entre a díade.

A ANOVA, da avaliação neurológica da Hammersmith 1 e 2, na tabela 11, apresentou respostas significativas sobre a evolução de padrões do desenvolvimento do bebê, na modalidade Postura e Tônus, nos itens: 1. postura [$F(1,54)=4,307$, $p=0,043$]; 2. recuo de braço [$F(1,54)=10,679$, $p=0,002$]; 3. recuo de perna [$F(1,54)=15,261$, $p\leq 0,0001$]; 4. tração de perna direita [$F(1,54)=8,095$, $p=0,006$]; 5. tração de perna esquerda [$F(1,54)=15,324$, $p\leq 0,0001$]; 6. ângulo poplíteo direito [$F(1,54)=8,901$, $p=0,004$]; 7. ângulo poplíteo esquerdo [$F(1,54)=6,095$, $p=0,017$]; 8. tônus extensor de cabeça [$F(1,54)=5,001$, $p=0,029$]; 9. tônus flexor de cabeça [$F(1,54)=4,469$, $p=0,039$]; e 10. suspensão ventral [$F(1,54)=8,905$, $p=0,004$].

No padrão reflexo, os itens mais evidentes foram 1. reflexos tendíneos, [$F(1,54)=14,002$, $p\leq 0,0001$]; 2. sucção e deglutição, [$F(1,54)=19,482$, $p\leq 0,0001$]; e 3. resposta de moro [$F(1,54)=20,076$, $p\leq 0,0001$].

Na modalidade movimento, os movimentos quantitativos e qualitativos apresentaram [F(1,54)=12,260, P=0,001] e [F(1,54)=8,370, P=0,005], respectivamente.

Na modalidade orientação e comportamento, os itens 1. orientação visual [F(1,54)=5,994, p=0,018]; 2. irritabilidade [F(1,54)=12,351, p=0,001]; 3. consolabilidade [F(1,54)=22,160, p≤0,0001], e 4. choro [F(1,54)=21,681, p≤0,0001], foram os que apresentaram significância nos resultados.

Tabela 11

HAMMERSMITH 1 e 2 - ANOVA

VARIÁVEIS	H1 / H2
POSTURA E TÔNUS	
Postura	[F(1,54)=4,307, p=0,043]
Recuo de Braço	[F(1,54)=10,679, p=0,002]
Tração de Braço Direito	[F(1,54)=1,903, p=0,173]
Tração de Braço Esquerdo	[F(1,54)=2,675, p=0,108]
Recuo de Perna	[F(1,54)=15,261, p≤0,0001]
Tração de Perna Direito	[F(1,54)=8,095, p=0,006]
Tração de Perna Esquerdo	[F(1,54)=15,324, p≤0,0001]
Ângulo Poplíteo Direito	[F(1,54)=8,901, p=0,004]
Ângulo Poplíteo Esquerdo	[F(1,54)=6,095, p=0,017]
Tônus Extensor Cabeça	[F(1,54)=5,001, p=0,029]
Tônus Flexor Cabeça	[F(1,54)=4,469, p=0,039]
Resposta à Tração	[F(1,54)=0,752, p=0,390]
Suspensão Ventral	[F(1,54)=8,905, p=0,004]
Tônus Flexor 1	[F(1,54)=3,761, p=0,058]
Tônus Flexor 2	[F(1,54)=0,372, p=0,544]
Tônus Extensor da Perna	[F(1,54)=0,585, p=0,448]
Tônus Extensor Cervical (Sentado)	[F(1,54)=0,567, p=0,455]
Tônus Extensor Aumentado (Horizontal)	[F(1,54)=0,118, p=0,732]
REFLEXOS	
Reflexos Tendíneos	[F(1,54)=14,002, p≤0,0001]
Sucção/Gag	[F(1,54)=19,482, p≤0,0001]
Preensão Palmar Direito	[F(1,54)=0,527, p=0,471]
Preensão Palmar Esquerdo	[F(1,54)=1,113, p=0,296]
Preensão Plantar Direito	[F(1,54)=0,323, p=0,572]
Preensão Plantar Esquerdo	[F(1,54)=0,465, p=0,498]
Colocação Plantar Direito	[F(1,54)=1,540, p=0,220]
Colocação Plantar Esquerdo	[F(1,54)=1,224, p=0,274]
Moro	[F(1,54)=20,076, p≤0,0001]
MOVIMENTOS	
Movimentos Quanti	[F(1,54)=12,260, P=0,001]
Movimentos Quali	[F(1,54)=8,370, P=0,005]
Elevação De Cabeça (Prono)	[F(1,54)=1,109, P=0,297]
PADRÕES E SINAIS ANORMAIS*	
Postura Anormal de Pés e Mãos	[F(1,54)=1,251, p=0,295]

Tremor	[F(1,54)=0,163, p=0,850]
Susto	[F(1,54)=0,577, p=0,565]
ORIENTAÇÃO E COMPORTAMENTO	
Aparência dos Olhos	[F(1,54)=1,019, p=0,317]
Orientação Auditiva	[F(1,54)=1,340, p=0,252]
Orientação Visual	[F(1,54)=5,994, p=0,018]
Alerta	[F(1,54)=3,318, p=0,074]
Irritabilidade	[F(1,54)=12,351, p=0,001]
Consolabilidade	[F(1,54)=22,160, p≤0,0001]
Choro	[F(1,54)=21,681, p≤0,0001]

A ANOVA sugeriu o mesmo resultado do teste de correlação, em que o tônus de membros inferiores e axial obtiveram uma melhora do padrão em relação ao movimento, ressaltando a evolução natural da maturidade cortical. Os reflexos tendíneos ficaram mais evidentes possivelmente por acompanhar a evolução do tônus muscular; assim como o reflexo de sucção e deglutição, que ajudam no estabelecimento da alimentação de forma mais segura, especialmente o aleitamento materno. Associados aos ganhos dos padrões de movimento, as respostas comportamentais como reação ao estímulo visual, irritabilidade e choro, denotam maior vivacidade do bebê aos estímulos ambientais, refletiu tais reações a interação, por ficar menos sonolento, e por manifestar melhor as reações de desconforto, geralmente provocadas pela fome, dor ou necessidade de higiene.

É conhecido na literatura (Amiel-Tison, 1973; Gosselin et al., 2005; Sarnat & Netsky, 1984; Thomas & Dargassies, 1960, 1977) que a medida que o bebê aumenta as semanas de idade gestacional, o organismo corresponde ao amadurecimento progressivo dos órgãos e sistemas, neste contexto, o sistema nervoso tende a modificar padrões semanalmente, até atingir o ápice da idade corrigida para o nascimento, de modo a se organizar conforme os estímulos ambientais inferem sobre o desenvolvimento da criança.

O bebê PT e de BP poderá apresentar alterações em seu desenvolvimento global caso seja exposto a alguma condição que comprometa a organização cerebral, isto acontece devido a vulnerabilidade cerebral, que pode levar a anormalidades anatômicas, estruturais e funcionais

mais intensas do que um bebê nascido a termo (Anderson et al., 2011; Gozdas et al., 2018; Hinojosa-Rodríguez et al., 2017).

Estímulos dolorosos e intensos, privação do contato materno, estados de sono difuso, manuseio intenso, posturação inadequada, ruídos excessivos, luz direta sobre os olhos, correspondem aos agravantes da condição de prematuridade, que devem ser controlados o quanto antes para evitar maiores danos ao sistema nervoso. Quanto menor (PIG e BP) e mais prematuro for o bebê, maior será a exposição a eventos adversos a sua maturidade cerebral; proporcional a um maior tempo de internação e a exposição de situações de estresse (Brasil, 2017; Farias & Aguiar, 2010; Lotto & Linhares, 2018).

A lesão cerebral condicionada a prematuridade e ao BP dependerá do nível e da intensidade da lesão cerebral e de como esta lesão afetará a anatomia e fisiologia cerebral. Geralmente o insulto cerebral se relaciona a um evento hipóxico-isquêmico, hemorrágico ou infeccioso, causado pelo impacto do funcionamento cerebral que necessitava ainda de período para responder aos estímulos do ambiente. As hemorragias peri-intraventriculares são as mais comuns em bebês nascidos com menos de 32 semanas de gestação, e são responsáveis por 44% dos diagnósticos de morbidade neurológica em bebês prematuros (Lamônica & Ribeiro, 2021).

Pela imaturidade do sistema nervoso, que se configura mais intensa quanto mais prematuramente nascer o bebê, pode levar a possíveis alterações do desenvolvimento, a conhecer de morbidades como as alterações do movimento, da cognição, da percepção, da linguagem e do comportamento (Horta & Soares, 2020). Muitas vezes as sequelas se apresentam conforme o bebê cresce, comumente as alterações motoras se apresentam mais precocemente, entretanto outros problemas podem se manifestar posteriormente, como quando a mãe identifica que seu filho não fala, que tem dificuldade em interagir com outras crianças, ou manifesta sérias dificuldades em aprender a ler, a escrever, a fazer cálculos matemáticos ou tarefas básicas do dia a dia (Horta & Soares, 2021).

Por entender que a probabilidade de sequelas para o desenvolvimento global da criança com histórico de prematuridade e BPN, é fundamental acompanhar o processo de desenvolvimento neurocomportamental, no sentido de entender quais as prováveis respostas esperadas mediante a idade gestacional do bebê. O diagnóstico precoce das alterações do desenvolvimento, assim como intervenções precoces ainda no período de hospitalização são essenciais para minimizar os eventos estressores e danos neurológicos. Entre várias metodologias adotadas no controle de estímulos aversivos ao desenvolvimento cerebral, as estratégias utilizadas pelo cuidado humanizado proposto pelo MC podem colaborar com a neuroproteção do bebê PT e de BP (Brasil, 2018).

O cuidado centrado no bebê e sua família corresponde um recurso único que colabora com a promoção do desenvolvimento saudável, assim como o estabelecimento do vínculo de forma mais precoce possível. Ações estruturais e humanas do ambiente hospitalar e da equipe de saúde também permitem controlar os estímulos estressores que podem ser viabilizados pelo cuidado canguru, como o controle de ruídos, o manuseio excessivo, o posicionamento inadequado. Promover o toque materno até a evolução para a PC ajudam a estabelecer o equilíbrio neural e a homeostase do bebê nesta fase, sendo a família, pai e mãe, a base da pirâmide de cuidados que serão adotados para favorecer qualidade de vida e bem-estar ao bebê hospitalizado (Costa & Calado, 2020).

A pesquisa realizada por Mota et al. (2005), com quatorze RNPT e BP, em um hospital geral em Fortaleza-CE, buscou comparar o desenvolvimento sensório-motor destes bebês na UTI neonatal e na Unidade Canguru, realizando uma avaliação semanal pelo método Dubowitz e Amiel-Tison, até a alta ou até o bebê completar 40 semanas de idade corrigida. A análise dos padrões de respostas considerou: a avaliação do tônus muscular, das respostas sensório-motoras, do ganho de peso e do tempo de internação. Os resultados mostraram que os bebês da Unidade Canguru apresentaram melhores respostas sensório-motoras, menor grau de estresse,

melhor resposta reflexa, movimentação espontânea e tônus muscular e alta mais precoce, do que os bebês da UTI neonatal. Este estudo reforça sobre a importância do cuidado canguru para a promoção do desenvolvimento sensório-motor do RNPT e de BP, especialmente na evolução da maturação cortical para os padrões reflexos, o tônus ativo, o tônus passivo e a resposta sensorial e de interação mãe-bebê.

Para Kharlukhi et al. (2021), o exame neurocomportamental de Hammersmith combinado a avaliação radiológica de bebês PT, apresentam boa predição para possíveis alterações do desenvolvimento do prematuro, indicada para aplicabilidade ainda no período hospitalar. No estudo realizado por estes, os resultados das avaliações de *Hammersmith* apresentaram alto nível de sensibilidade (93,6%), correlatos às alterações encontradas na avaliação posterior do desenvolvimento de bebês prematuros após a alta hospitalar, enquanto eles realizavam acompanhamento em programa de seguimento do prematuro.

Na metanálise realizada por Park et al. (2014), que incluiu dezesseis estudos relacionados a associação entre a intervenção precoce na unidade neonatal e as respostas de funções musculares, esqueléticas e mentais de bebês prematuros ou de BP; demonstraram que a utilização de práticas promotoras de cuidados para o desenvolvimento e neuroproteção, tem efeito positivo no bem-estar e nas respostas neurofuncionais de bebês com histórico de prematuridade.

Em estudo de revisão de escopo, realizado em três bases de dados, *Pubmed/MEDLINE*, *SCOPUS* e *Web of Science*, os autores identificaram evidências científicas importantes que versam sobre o cuidado desenvolvimental na unidade hospitalar. Os resultados indicaram quinze estudos que comprovam a eficácia de metodologias ou estratégias de cuidados que promovem o desenvolvimento global do bebê e oferecem maior neuroproteção. A contar o MC, as manobras de controle da dor, o cuidado centrado no bebê e a participação ativa da família foram as estratégias que mais fornecem benefícios ao desenvolvimento do PT, com melhora

do desenvolvimento cerebral, na competência funcional e na qualidade de vida de neonatos muito prematuros, sendo a família a parte essencial do cuidado neonatal (Martins et al., 2021).

8.4 Relação entre o Perfil Socio Demográfico, o MAPS e o Exame Neurocomportamental de Hammersmith

Os dados do sócio Demográfico, MAPS e as respostas obtidas no exame neurológico de Hammersmith 1 e 2 foram comparadas entre si, indicando quais os itens de cada instrumento utilizado, para avaliar o nível de correlação entre estes tanto por meio do teste de *Pearson* quanto pela significância por meio da *ANOVA*. Porém, apenas a correlação de *Pearson* mostrou resultados significativos entre as variáveis dos instrumentos de estudo; já a *ANOVA*, não indicou nenhum resultado significativo quando confrontamos os dados relativos do vínculo com a evolução do padrão de desenvolvimento obtido pelo exame de *Hammersmith* na primeira e na segunda avaliação realizada neste estudo.

A tabela 12, refere-se ao teste de correlação entre os dados do perfil sócio demográfico, do MAPS às respostas obtidas na primeira e segunda avaliação do exame neurológico de *Hammersmith*, a primeira avaliação com 31 participantes (bebês) e a segunda avaliação com 25 participantes, devido ao período em que a avaliação foi realizada e considerando as altas que ocorreram no final de semana e um óbito, em que não foi possível realizar a segunda avaliação de *Hammersmith*.

A avaliação do Padrão Postural e Tônus Muscular obteve o maior de índice de correlações significativas no teste de *Pearson*. Para o item Idade da Mãe, a avaliação de *Hammersmith* 2 (H2) obteve valor significativo para o *tônus extensor de perna* ($-0,47 \pm 0,018$). O item Procedência obteve respostas correlacionadas diferentes para a *Hammersmith* 1 (H1), sendo *resposta à tração* ($-0,38 \pm 0,033$), e H2 para *tração do braço direito* ($-0,41 \pm 0,040$) e *tônus flexor* 2 ($-0,51 \pm 0,009$). O item Profissão somente obteve resposta correlatas na H1, para

a *tração de braço direito* ($0,58 \pm 0,001$) e *esquerdo* ($0,55 \pm 0,001$). Quanto ao item Com Quem Mora, as respostas significativas referiram se apenas à H2 e mostraram se equivalentes no índice de significância, como *recuo de perna* ($0,46 \pm 0,020$), *tração de perna* ($0,46 \pm 0,020$) e *suspensão ventral* ($0,46 \pm 0,021$). Ao item Outro Filho dados significativos apareceram tanto na H1 quanto na H2, como: *postura* ($0,36 \pm 0,045$), *recuo de braço* ($0,50 \pm 0,004$), *controle de cabeça extensor* ($0,56 \pm 0,001$) e *tônus extensor cervical* ($0,47 \pm 0,008$) para H1; já na H2 a *postura* ($0,36 \pm 0,045$), o *recuo de braço* ($0,50 \pm 0,004$) permaneceram com respostas significativas, entretanto o *tônus flexor 2* apareceu nesta avaliação com $0,44 \pm 0,026$. O item Renda Familiar mostrou alguns dados correlatos para a H1: *postura* ($-0,05 \pm 0,011$), *recuo de braço* ($-0,46 \pm 0,008$) e *suspensão ventral* ($-0,38 \pm 0,035$); para H2 a *postura* ($-0,45 \pm 0,011$) e o *recuo de braço* ($-0,46 \pm 0,008$) mantiveram dados significativos. Para a Rede de Apoio, os dados significativos para a H1 foram *recuo de braço* ($0,38 \pm 0,033$), *controle de cabeça extensor* ($0,45 \pm 0,010$) e *flexor* ($0,36 \pm 0,043$), e *resposta à tração* ($0,45 \pm 0,012$); para H2 apareceu apenas para o *recuo de braço* ($0,38 \pm 0,033$). No item Tipo de Parto, a correlação mostrou-se significativa apenas na H1, com *tração de perna direita* ($0,37 \pm 0,041$) e *esquerda* ($0,38 \pm 0,035$), e *ângulo poplíteo direito* ($0,37 \pm 0,042$) e *esquerdo* ($0,36 \pm 0,048$). A intercorrência correlacionou-se a *tração de braço direito* ($-0,43 \pm 0,030$) na H2, assim como o item Sexo do bebê também apareceu apenas na H2, em relação a *tração de braço direito* ($-0,41 \pm 0,040$) e *esquerdo* ($-0,43 \pm 0,031$), o *controle de cabeça flexor* ($-0,47 \pm 0,017$) e a *resposta à tração* ($-0,41 \pm 0,043$). A Idade Gestacional de Nascimento foi correlata nos itens *recuo de perna* ($0,53 \pm 0,007$), *tração de perna direita* ($0,53 \pm 0,007$), *tônus flexor 2* ($0,43 \pm 0,030$) e *tônus extensor de perna* ($0,46 \pm 0,021$), na H2. O Peso também correlacionou na H2 aos mesmos itens anteriores, *recuo de perna* ($0,55 \pm 0,004$), *tração de perna direita* ($0,55 \pm 0,004$), *tônus flexor 2* ($0,51 \pm 0,010$) e *tônus extensor de perna* ($0,45 \pm 0,024$). O Tamanho apresentou resposta no item *resposta a tração* ($0,47 \pm 0,007$) e *tônus extensor aumentado* ($0,38 \pm 0,037$) na H1. A alimentação

correlacionou itens nas duas avaliações, os itens *tração de perna direita* ($0,41\pm0,021$) e *esquerda* ($0,39\pm0,031$), e *tônus extensor da perna* ($-0,40\pm0,026$) na H1; os itens *ângulo poplíteo direito* ($0,42\pm0,037$) e *esquerdo* ($0,41\pm0,040$) e *tônus flexor 2* ($0,56\pm0,004$) na H2. A Clínica ao Nascer relacionou-se a segunda avaliação, com os itens *tração de braço direito* ($-0,40\pm0,046$), *controle de cabeça extensor* ($-0,46\pm0,019$) e *flexor* ($-0,49\pm0,014$). A modalidade de Postura e Tônus da H1 apresentou correlação entre o Tempo de Interação do MAPS ao *tônus flexor 2* ($0,39\pm0,031$).

Em relação a Modalidade Reflexos na H1 observamos correlação entre os itens: Religião e *reflexo de moro* ($-0,47\pm0,007$); Com Quem Mora e *preensão palmar direita* ($0,36\pm0,045$); Rede de Apoio com *preensão palmar direita* ($0,44\pm0,012$) e *esquerda* ($0,43\pm0,017$); Tipo de parto com *preensão palmar direita* ($0,38\pm0,033$) e *esquerda* ($0,37\pm0,042$), e *Moro* ($0,38\pm0,033$); Idade Gestacional de Nascimento com *preensão palmar direita* ($0,36\pm0,045$) e *esquerda* ($0,51\pm0,003$), e *colocação plantar direita* ($0,36\pm0,043$) e *esquerda* ($0,36\pm0,048$); Tamanho e Alimentação com *reação do Moro* ($-0,38\pm0,038$) e ($0,37\pm0,042$), respectivamente. Na H2 os itens que se correlacionaram foram: Sexo do Bebê com *Moro* ($-0,40\pm0,049$); Idade Gestacional de Nascimento com *sucção e busca* ($0,44\pm0,029$) e *preensão palmar esquerda* ($0,40\pm0,049$); Peso com a *preensão palmar direita* ($0,41\pm0,029$) e *esquerda* ($0,40\pm0,049$); tamanho com a *colocação plantar direita* ($-0,44\pm0,029$) e *esquerda* ($-0,44\pm0,029$).

Para a modalidade Movimentos, na H1 observamos a repetição do item *movimentos espontâneos quantitativos* em Escolaridade ($-0,43\pm0,016$), Outro Filho ($0,43\pm0,017$), Rede de Apoio ($0,43\pm0,016$), Idade Gestacional de Nascimento ($0,37\pm0,042$) e Qualidade do Apego ($-0,54\pm0,002$). Na H2, o Sexo do Bebê apresentou resposta nos itens *movimentos espontâneos qualitativos* ($-0,53\pm0,007$) e *elevação de cabeça* ($-0,42\pm0,038$); Idade Gestacional de Nascimento com *movimentos espontâneos qualitativos* ($0,50\pm0,011$); Peso com *movimentos*

espontâneos quantitativos ($0,49\pm0,014$) e *qualitativos* ($0,59\pm0,002$); Alimentação com os itens *movimentos espontâneos quantitativos* ($0,44\pm0,029$) e *qualitativos* ($0,41\pm0,041$) e *elevação de cabeça* ($0,48\pm0,015$).

Em padrões e sinais anormais, a maioria das respostas apareceram na H1, como: Idade da Mãe para o item *tremor* ($0,39\pm0,030$); Escolaridade com o *tremor* ($0,40\pm0,024$); Tempo de Internação e *susto* ($-0,36\pm0,047$); Renda Familiar com os itens *tremor* ($0,40\pm0,026$) e *susto* ($0,36\pm0,043$); e Tipo de Parto com *susto* ($-0,46\pm0,009$). Na H2 foi significativo apenas o Tamanho do bebê ao item *tremor* ($0,47\pm0,016$).

Quanto à última modalidade da avaliação de Hammersmith, Orientação e Comportamento, as respostas para H1 foram Religião em *aparência dos olhos* ($-0,39\pm0,029$), *orientação auditiva* ($-0,41\pm0,024$) e *visual* ($-0,48\pm0,006$), *alerta* ($-0,65\pm0,000$) e *irritabilidade* ($-0,49\pm0,005$); Renda Familiar à *aparência dos olhos* ($-0,45\pm0,010$), *orientação auditiva* ($-0,37\pm0,040$) e *alerta* ($-0,44\pm0,013$); e Tipo de Parto com *orientação visual* ($0,37\pm0,042$), *alerta* ($0,43\pm0,017$) e *irritabilidade* ($0,37\pm0,038$). Já na H2 foram Religião, com *orientação visual* ($-0,42\pm0,036$); Pré-natal com *alerta* ($0,41\pm0,021$) e a Alimentação à *irritabilidade* ($0,49\pm0,013$).

Em breve análise mostra diferenças entre os padrões de respostas do sócio-demográfico/MAPS em relação a primeira e segunda avaliação de *Hammersmith*, contudo, com a maior parte dos itens se repetindo conforme a modalidade. O padrão de respostas demonstra evolução do padrão de desenvolvimento, com respostas mais moduladas mediante o avanço da idade gestacional corrigida dos bebês, que dependem de alguns padrões comportamentais prévios da mãe (cuidados) e do ambiente. A modalidade que oferece parâmetro da mudança de padrão de desenvolvimento significativa refere-se a de “Movimentos”; com a variação de um padrão de quantidade para de qualidade de movimento; assim como a minimização de padrões e sinais anormais conforme os eventos do cuidado e do ambiente se modificam ao longo do processo de maturação cortical.

Foi observado que os cuidados parentais, assim como a característica familiar e suas crenças, podem afetar o padrão do desenvolvimento do bebê, o manuseio, o olhar, a interação, a resposta as necessidades do bebê podem estar relacionadas aos parâmetros observados de respostas nos testes aplicados. Entretanto, alguns itens necessitam ser melhor estudados no que tange o tipo de resposta neuroevolutiva, considerando que não foram achados dados na literatura que comportem o significado das respostas de postura, tônus e reflexos para os dados relativos a religião, a procedência e a renda familiar por exemplo. É provável que estas variáveis influenciam de forma indireta o comportamento materno e desta sobre o bebê; com o passar do tempo, à medida que o bebê cresce poderá influenciar de forma direta o bebê, caso consideremos os contextos e sistemas envolvidos no desenvolvimento humano.

Os achados dos padrões neurodesenvolvimentais apresentaram correlação direta com aspectos relacionados ao sexo, a idade gestacional, ao peso, ao tamanho e ao tipo de parto, por demandar itens que predizem as informações relativas à condição do bebê do nascimento ao momento da avaliação de *Hammersmith*. Importante notar que apenas em dois momentos o apego mostrou-se significativo na primeira avaliação de *Hammersmith*: no Tônus flexor 2 e na quantidade de movimentos exibidos. O tônus flexor 2 corresponde a resposta de padrão postural adotado pelos braços e pernas na posição em supino; a quantidade de movimentos refere-se à frequência que o bebê realiza de movimentos de braços, pernas e cabeça quando está deitado em supino; ambos os padrões conferem a possibilidade de interação entre a mãe e o bebê. A correlação destes itens ao apego pode estar relacionada as respostas comportamentais de movimento e interação que o bebê ofereceu a mãe tão logo ela passou a cuidar dele na unidade canguru; contudo precisa ser melhor investigado, ao se considerar as características subjetivas que envolvem o vínculo mãe-bebê.

Tabela 12*Correlação Sócio Demográfico, MAPS e Hammersmith*

	HAMMERSMITH 1 – N 31				HAMMERSMITH 2 – N 25			
	POSTURA E TONUS							
Sócio/MAPS	Resposta	Média/Sig		N	Resposta	Média/Sig		N
Idade da mãe	-----	-----			Tônus extensor de perna	-0,47±0,018*		25
Procedência	Resposta à tração	-0,38±0,033*		31	Tração de braço D Tônus flexor 2	-0,41±0,040* -0,51±0,009**		25 25
Profissão	Tração de braço D Tração de braço E	0,58±0,001** 0,55±0,001**		31 31				
Com quem mora					Recuo de perna Tração de perna Suspensão ventral	0,46±0,020* 0,46±0,020* 0,46±0,021*		25 25 25
Outro filho	Postura Recuo de braço Controle de cabeça extensor Tônus extensor cervical	0,36±0,045* 0,50±0,004** 0,56±0,001** 0,47±0,008**		31 31 31 31	Postura Recuo de braço Tônus flexor 2	0,36±0,045* 0,50±0,004** 0,44±0,026*		25 25 25
Renda familiar	Postura Recuo de braço Suspensão ventral	-0,05±0,011* -0,46±0,008** -0,38±0,035*		31 31 31	Postura Recuo de braço	-0,45±0,011* -0,46±0,008**		25 25
Rede de apoio	Recuo de braço Controle de cabeça extensor Controle de cabeça flexor Resposta à tração	0,38±0,033* 0,45±0,010** 0,36±0,043* 0,45±0,012*		31 31 31 31	Recuo de braço	0,38±0,033*		25
Tipo de parto	Tração de perna D Tração de perna E Ângulo Poplíteo D Ângulo poplíteo E	0,37±0,041* 0,38±0,035* 0,37±0,042* 0,36±0,048*		31 31 31 31	-----	-----		
Intercorrência	-----	-----			Tração de braço D	-0,43±0,030*		25
Sexo do bebê	-----	-----			Tração de braço D Tração de braço E Controle de cabeça flexor Resposta à tração	-0,41±0,040* -0,43±0,031* -0,47±0,017* -0,41±0,043*		25 25 25 25
IG de Nascimento	-----	-----			Recuo de perna Tração de perna D Tônus flexor 2 Tônus extensor de perna	0,53±0,007** 3,53±0,007** 0,43±0,030* 0,46±0,021*		25 25 25 25
Peso	-----	-----			Recuo de perna Tração de perna D Tônus flexor 2 Tônus extensor de perna	0,55±0,004** 0,55±0,004** 0,51±0,010** 0,45±0,024*		25 25 25 25
Tamanho	Resposta à tração Tônus extensor aumentado	0,47±0,007** 0,38±0,037*		31 31	-----	-----		
Alimentação	Tração de perna D Tração de perna E Tônus extensor perna	0,41±0,021* 0,39±0,031* -0,40±0,026*		31 31 31	Ângulo poplíteo D Ângulo poplíteo E Tônus flexor 2	0,42±0,037* 0,41±0,040* 0,56±0,004**		25 25 25
Clinica ao nascer	-----	-----			Tração de braço D	-0,40±0,046* -0,46±0,019*		25 25

					Controle de cabeça extensor Controle de cabeça flexor	$-0,49 \pm 0,014^*$		25
Tempo de interação (MAPS)	Tônus flexor 2	$0,39 \pm 0,031^*$		31	-----	-----		
REFLEXOS								
Sócio/MAPS	Resposta	Média/Sig		N	Resposta	Média/Sig		N
Religião	Moro	$-0,47 \pm 0,007^{**}$		31	-----	-----		
Com quem mora	Preensão palmar direita	$0,36 \pm 0,045^*$		31	-----	-----		
Rede de apoio	Preensão palmar direita	$0,44 \pm 0,012^*$		31	-----	-----		
	Preensão palmar esquerda	$0,43 \pm 0,017^*$		31				
Tipo de parto	Preensão palmar direita	$0,38 \pm 0,033^*$		31	-----	-----		
	Preensão palmar esquerda	$0,37 \pm 0,042^*$		31				
	Moro	$0,38 \pm 0,033^*$		31				
Sexo do bebê					Moro	$-0,40 \pm 0,049^*$		25
IG de nascimento	Preensão palmar direita	$0,36 \pm 0,045^*$		31	Sucção e busca	$0,44 \pm 0,029^*$		25
	Preensão palmar esquerda	$0,51 \pm 0,003^{**}$		31	Preensão palmar esquerda	$0,40 \pm 0,049^*$		25
	Colocação plantar direita	$0,36 \pm 0,043^*$		31				
	Colocação plantar esquerda	$0,36 \pm 0,048^*$		31				
Peso	-----	-----			Preensão palmar direita	$0,41 \pm 0,029^*$		25
					Preensão palmar esquerda	$0,40 \pm 0,049^*$		25
Tamanho	Moro	$-0,38 \pm 0,038^*$		31	Colocação plantar direita	$-0,44 \pm 0,029^*$		25
					Colocação plantar esquerda	$-0,44 \pm 0,029^*$		25
Alimentação	Moro	$0,37 \pm 0,042^*$		31				
MOVIMENTOS								
Sócio/MAPS	Resposta	Média/Sig		N	Resposta	Média/Sig		N
Escolaridade	Movimentos espontâneos quantitativos	$-0,43 \pm 0,016^*$		31	-----	-----		
Outro filho	Movimentos espontâneos quantitativos	$0,43 \pm 0,017^*$		31	-----	-----		
Rede de apoio	Movimentos espontâneos quantitativos	$0,43 \pm 0,016^*$		31	-----	-----		
Sexo do bebê	-----	-----			Movimentos espontâneos qualitativos	$-0,53 \pm 0,007^{**}$		25
					Elevação de cabeça	$-0,42 \pm 0,038^*$		25
IG de nascimento	Movimentos espontâneos quantitativos	$0,37 \pm 0,042^*$		31	Movimentos espontâneos qualitativos	$0,50 \pm 0,011^*$		25

Peso	-----	-----			Movimentos espontâneos qualitativos	$0,59 \pm 0,002^{**}$		25
					Movimentos espontâneos quantitativos	$0,49 \pm 0,014^*$		25
Alimentação	-----	-----			Movimentos espontâneos qualitativos	$0,41 \pm 0,041^*$		25
					Elevação de cabeça	$0,48 \pm 0,015^*$		25
					Movimentos espontâneos quantitativos	$0,44 \pm 0,029^*$		25
Qualidade do apego (MAPS)	Movimentos espontâneos quantitativos	$-0,54 \pm 0,002^{**}$		31	-----	-----		
PADRÕES E SINAIS ANORMAIS								
Sócio/MAPS	Resposta	Média/Sig		N	Resposta	Média/Sig		N
Idade da mãe	Tremor	$0,39 \pm 0,030^*$		31	-----	-----		
Escolaridade	Tremor	$0,40 \pm 0,024^*$		31	-----	-----		
Tempo de internação	Susto	$-0,36 \pm 0,047^*$		31	-----	-----		
Renda familiar	Tremor	$0,40 \pm 0,026^*$		31	-----	-----		
	Susto	$0,36 \pm 0,043^*$		31	-----	-----		
Tipo de parto	Susto	$-0,46 \pm 0,009^{**}$		31	-----	-----		
Tamanho	-----	-----			Tremor	$0,47 \pm 0,016^*$		25
ORIENTAÇÃO E COMPORTAMENTO								
Sócio/MAPS	Resposta	Média/Sig		N	Resposta	Média/Sig		N
Religião	Aparência dos olhos	$-0,39 \pm 0,029^*$		31	Orientação visual	$-0,42 \pm 0,036^*$		25
	Orientação auditiva	$-0,41 \pm 0,024^*$		31				
	Orientação visual	$-0,48 \pm 0,006^{**}$		31				
	Alerta	$-0,65 \pm 0,000^{**}$		31				
	Irritabilidade	$-0,49 \pm 0,005^{**}$		31				
Pré natal					Alerta	$0,41 \pm 0,021^*$		25
Renda familiar	Aparência dos olhos	$-0,45 \pm 0,010^{**}$		31	-----	-----		
	Orientação auditiva	$-0,37 \pm 0,040^*$		31				
	Alerta	$-0,44 \pm 0,013^*$		31				
Tipo de parto	Orientação visual	$0,37 \pm 0,042^*$		31	-----	-----		
	Alerta	$0,43 \pm 0,017^*$		31				
	Irritabilidade	$0,37 \pm 0,038^*$		31				
Alimentação	-----	-----			Irritabilidade	$0,49 \pm 0,013^*$		31

Nota. **. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Um estudo transversal com sessenta recém-nascidos a termo e trinta PT, em um hospital público em Santo André-SP, realizou comparação da avaliação neurológica entre estes recém-nascidos, utilizando o método Dubowitz quando os prematuros estavam com 37 semanas de idade gestacional corrigida. Os achados indicaram que 90% dos prematuros não atingiram a

pontuação esperada em comparação ao bebê a termo com esta mesma idade. As alterações mais evidentes dos prematuros relacionaram-se ao tônus, ao tipo de tônus e aos movimentos; especialmente quando estes prematuros tinham histórico de sepse neonatal (Golin et al., 2009). Outro estudo realizado no mesmo hospital e utilizou a avaliação neurológica de Dubowitz novamente, com amostra de vinte bebês, constatou que a média de pontos na avaliação do desenvolvimento nas dimensões tipo de tônus e movimento foi menor em prematuros quando estes também apresentaram associação com o baixo peso ao nascimento (Grinaboldi et al., 2015).

A pesquisa realizada por Freitas et al. (2022), por meio de estudo transversal, utilizou os achados clínicos de trinta e sete recém-nascidos de risco e correlacionou as respostas clínicas ao resultado do exame de neuroimagem e as respostas dos testes de *Hammersmith* e do *General Moviments Assessment* (GMA). Entre os resultados encontrados, prevaleceram bebês do sexo masculino, nascidos de parto cesáreo, com média de Apgar acima de 7 no primeiro minuto, histórico gestacional de cinco consultas pré-natal, idade gestacional média de nascimento de 35,8 semanas, filhos de pais jovens, em sua maioria vivendo em regime de união estável. Os achados da avaliação do desenvolvimento neurocomportamental e motor foram adequados a idade corrigida dos bebês, exceto na instância do processo infeccioso, de transmissão vertical – tipo a sífilis congênita, em que as respostas indicaram alterações significativas nos padrões neuromotores do desenvolvimento.

Determinantes sociais conferem risco eminente para a saúde materna e para o nascimento prematuro e com BP. Entre os partos prematuros, os índices determinantes e condicionantes de saúde se relacionam com fatores psicossociais como a idade materna – adolescência, a baixa escolaridade materna e o parto cesáreo. Fatores como a gravidez não planejada, uso de drogas e álcool e pré-natal inadequado podem contribuir de forma indireta aos eventos psicossociais do nascimento precoce. A condição social também pode interferir no

desenvolvimento global do bebê prematuro e de BP, entretanto, costumam a ser identificados em momentos posteriores da vida da criança, pois demandam de práticas culturais e rotina de vida da família, na adoção ou não de hábitos saudáveis de vida, que fluem para a condição de vulnerabilidade do bebê nascido prematuramente (Toso et al., 2021).

Estudos em fases posteriores da vida do bebê PT e de BP, apontam sobre as influências significativas dos aspectos psicossociais que interferem no processo de desenvolvimento da criança. O estudo longitudinal de Souza (2020) com vinte e três prematuros, utilizou o General Movement Assessment (GMA) com os bebês até 4 meses de vida e o *Movement Assessment Battery for Children 2* (MABC-2) entre os 3 e 5 anos de idade destes bebês. Dos vinte e três avaliados, 56,3% apresentaram movimentos anormais, e destes 30,4% desenvolveram dificuldades motoras; os achados indicaram que entre os bebês que apresentaram melhores respostas para destrezas manuais e motoras estava associado a maiores níveis de escolaridade materna.

Um estudo utilizou a *Bayley Scales of Infant Development-III* (BSID-III), com 275 bebês, 168 PT e 107 à Termo, aos três meses de idade; demonstrou que bebês com histórico de PT e BP apresentaram maior proporção de atraso do desenvolvimento cognitivo, linguagem expressiva, motor fino e motor amplo; de modo que a proporção das dificuldades encontradas estava diretamente ligada a mães com baixa escolaridade, com mais de um filho e que não planejaram a gestação. A baixa escolaridade materna aumenta a probabilidade de atrasos no desenvolvimento do bebê PT e de BP, por demandar desvantagens sociais e materiais, piores níveis de informação e menor probabilidade de um emprego estável, afetando a perspectiva de futuro e qualidade de vida do bebê (Schiavo et al., 2020).

A tese de doutorado de Berbet-Ferreira (2019), também indicou correlações importantes entre os aspectos psicossociais maternos e os resultados do acompanhamento do desenvolvimento de bebês sem histórico de risco ao nascimento. A amostra contou com a

participação de oitenta duas díades, utilizando diferentes instrumentos para coletar dados psicossociais maternos e a escala Bayley III para quantificar as habilidades cognitivas, de linguagem, motora, sócioemocional e do comportamento adaptativo de crianças até 42 meses de vida. A renda materna e a escolaridade apresentaram correlações positivas e estatisticamente significante para as áreas de habilidade cognitiva, linguagem expressiva, motora fina e comportamento adaptativo do bebê. Entretanto, indícios de depressão materna, também constatados neste estudo, podem interferir na habilidade cognitiva de bebês.

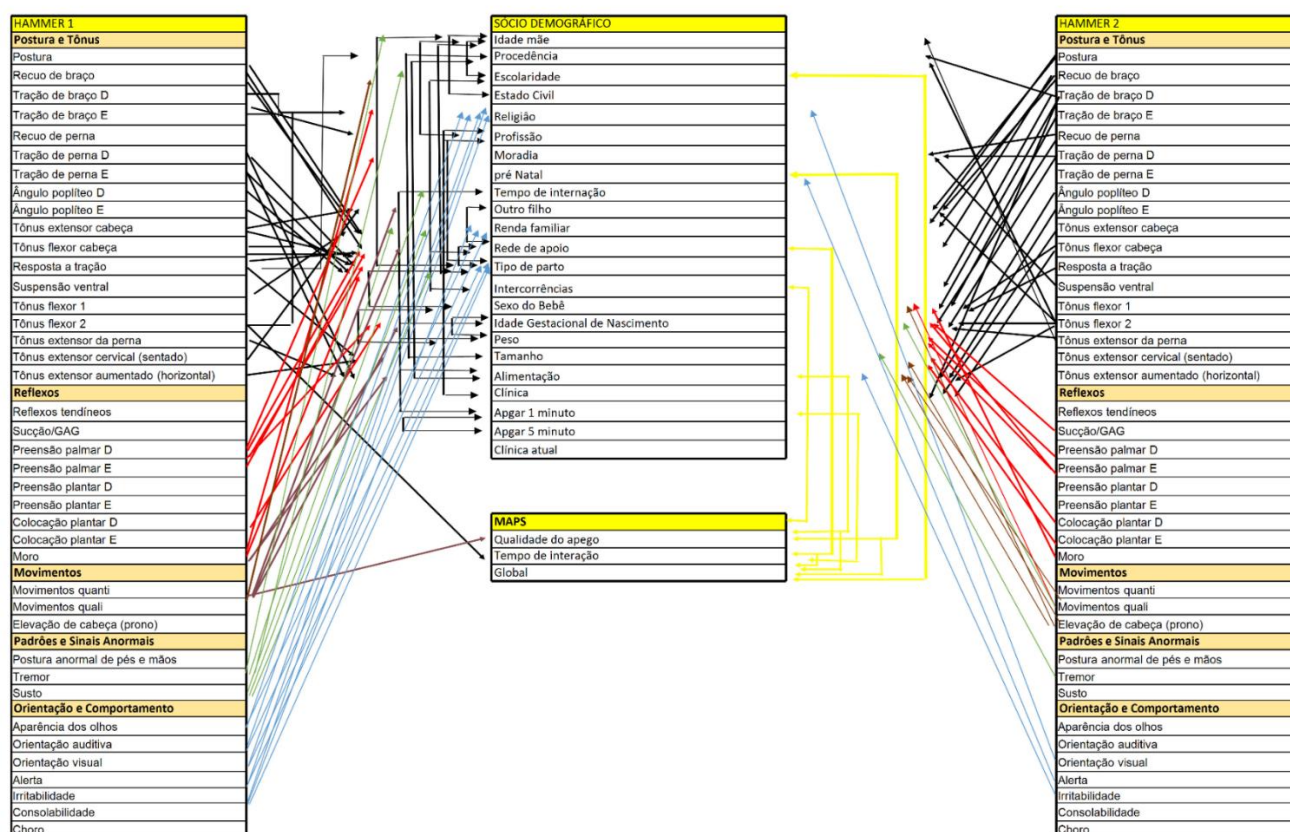
Em um estudo que acompanhou setenta e quatro bebês prematuros, as variáveis sobre a baixa escolaridade materna e o aleitamento prejudicado, interferiram sobre o desenvolvimento motor destas crianças, indicando a importância de ações que visem a educação da mãe e a promoção do aleitamento materno exclusivo para favorecer melhores respostas ao desenvolvimento do bebê prematuro (Trubian et al., 2021).

No caso da maternidade adolescente e do nascimento prematuro, as inferências sobre a vulnerabilidade do desenvolvimento do bebê mostram-se significativas, no que tange a realidade desta mãe e do apoio social e educacional que esta disponibiliza. A análise global dos resultados obtidos neste manuscrito, retratam exatamente os dados disponibilizados pela literatura atual, assim como conferem particularidade de maiores pesquisas relativas ao assunto, em especial na realidade hospitalar, com a aplicabilidade dos instrumentos desde o período da UTI neonatal até o acompanhamento longitudinal do desenvolvimento destes bebês, no sentido de relatar informações mais detalhadas de todo o histórico de vida do bebê e as implicações para o seu desenvolvimento nas diferentes fases de sua vida.

Na Figura 10, é possível notar um panorama geral sobre as correlações encontradas pelo teste de *Pearson*, apenas para efeito de análise entre os dados fornecidos por cada instrumento, do sócio demográfico, do MAPS e do *Hammersmith* 1 e 2, resumindo assim, os achados desta pesquisa.

Figura 10

Correlações entre Sócio-demográfico, MAPS e Hammersmith 1 e 2 – Teste de Pearson.



8.5 A vivência hospitalar e o cuidado da mãe ao bebê

Os depoimentos advindos das duas entrevistas foram transcritos na íntegra em dois documentos, um para cada entrevista, e analisados separadamente pelo *software Iramuteq* (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), utilizou-se o método de classificação hierárquica descendente (CHD).

Após a análise dos dados pelo *software*, cada entrevista (1 e 2) originou um dendograma, organizado em seis classes cada, de acordo com as categorias do instrumento de coleta de dados, sendo elas relativas: 1. Ao processo de hospitalização da mãe; 2. Processo de hospitalização da mãe bebê; 3. Aos cuidados realizados com o bebê pela mãe; 4. Aos estados de consciência do bebê e interação mãe-bebê; 5. A rotina da unidade que envolvia os

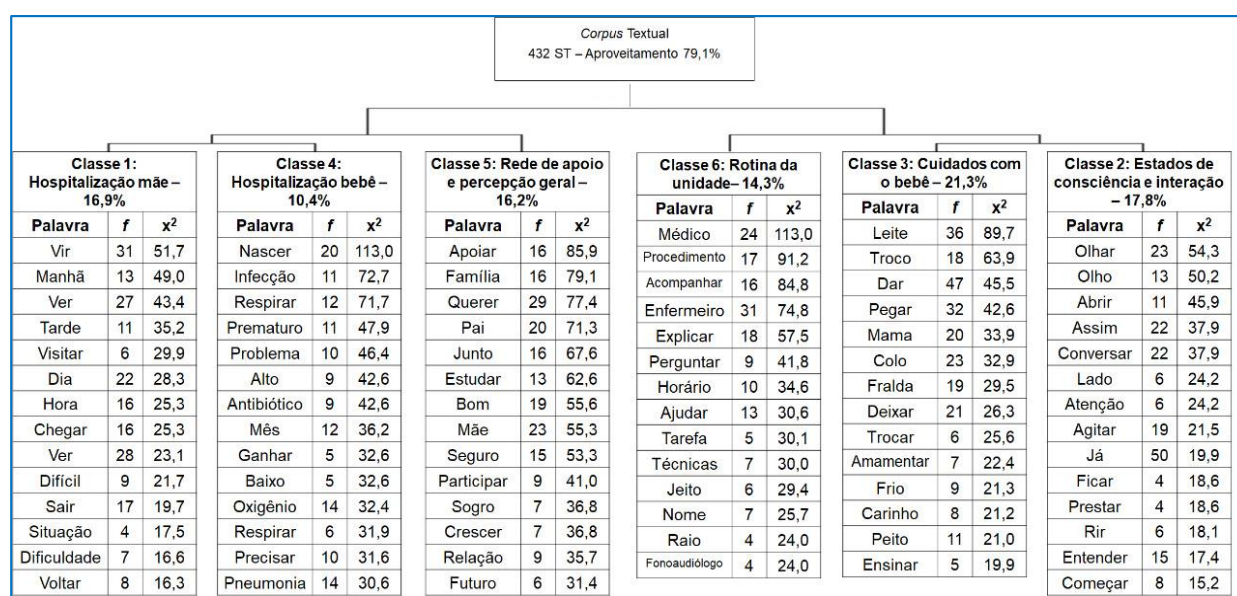
profissionais de saúde; e 6. A rede de apoio da mãe, com destaque para um tópico relevante que aparece na segunda entrevista – o relato livre da mãe em relação a sua a experiência da maternidade, da hospitalização e suas perspectivas de futuro. Foram consideradas as quatro primeiras palavras do corpus das entrevistas, por representarem a estruturação representativa da classificação hierárquica para a frequência (f) e significância (x^2).

8.5.1 Entrevista 1

O dendograma da **primeira entrevista (entrevista 1)**, refere-se ao momento de chegada da mãe na UCINCa, sendo realizada no dia posterior de sua entrada. Participaram desta primeira entrevista as trinta e uma mães selecionadas. Esta entrevista obteve 79,12% de aproveitamento do corpus, detalhada na figura 11.

Figura 11

Dendrograma Entrevista 1 (Aproveitamento de 79,12% do corpus)



na primeira etapa do canguru – correspondente ao período que o bebê esteve ou na UTI neonatal ou na UCINCo. A classificação ficou organizada como classe 1: Hospitalização para a mãe, com 16,9%, e classe 4: Hospitalização para o bebê, 13,4% de aproveitamento; as palavras mais prevalentes foram: vir, manhã, ver, tarde, visitar, e nascer, infecção, respirar, prematuro, respectivamente.

No discurso relativo a estas palavras, as mães relataram sobre a necessidade de visitar seu bebê na unidade neonatal, identificando as particularidades do traslado e dos procedimentos relativos a sua entrada nos setores mais críticos do hospital, que demandavam os momentos que seu bebê esteve em uma situação mais delicada de saúde; por este motivo mostrou a correlação com a condição de hospitalização do seu bebê, relatando sua preocupação com o estado de saúde do mesmo e que sua presença, seu esforço e seu equilíbrio foram importantes na superação da dificuldade apresentada nesta fase, para o seu bebê e para entender o seu papel materno. Conforme identificamos nos relatos abaixo.

Na uti não pode ficar, eu vinha de manhã ou de tarde, ia eu ou o pai dele, só que querendo ou não a gente não podia ficar mexendo e pegando nele, porque as enfermeiras diziam que não era bom, nem aconselhável (M02).

Eu vi ele na uti três vezes, no período que eu estava aqui e uma vez depois que fui para casa porque eu moro muito longe e para vir o gasto era muito grande. Eu vinha uma vez na semana, eu passava umas três horas de tempo, porque eu tinha que voltar logo porque o caminho era muito comprido para chegar em casa de novo, pro interior de São Miguel (M05).

... eu estou aqui, ele está para lá, ele não pode vir porque a visita está proibida devido a pandemia. Estou conseguindo enfrentar isso sozinha, a força vem dela. ...eu fiquei na casa da minha mãe, em Ananindeua, é muito longe para vir para cá, então eu vinha só de manhã e voltava para lá de novo, aí o meu marido achou melhor para gente ficar na casa da minha cunhada, aqui no Guamá ... eu tenho apoio da família dele e da minha família, dificuldade para vir para cá não (M06).

... então não tinha como vir para passar o dia, aí eu vinha 8 horas e 10, 11 horas já voltava, por causa do trabalho dele, aí eu pegava informação ficava mais um pouco com ele, e ia para casa. Vinha umas três vezes na semana ... eu não sabia andar de ônibus, ele tinha que me trazer de carro e só podia trazer pela parte da manhã, e voltar pela manhã. O mais difícil foi ficar longe dele né, não ficar vendo ele (M07).

... eu não tenho como vir todo dia, por isso que quando eu venho, eu fico direto, aqui em Belém eu estou na casa de um primo... porque eu tinha que vir todo dia muito cedo, as vezes eu chegava à tarde (M11).

Acho que o que eu lutei muito foi contra o cansaço, que era muito cansativo para mim vir de manhã todo dia e de tarde chegava em casa muito cansada assim, eu tive que lutar contra isso e vê ela naquela situação (M14).

... só me davam medicação e não passava, quando foi de manhã eu fui me embora com a minha sogra, falei: a gente vai embora porque eu não vou ficar aqui sofrendo dor e não fazerem nada, aí quando cheguei em casa que fui no banheiro aí quando eu vi comecei sangrar, aí voltei de novo lá (M13).

Assim que eu tive ele aqui eu fiquei internada aí eu recebi alta, fiquei boa, recebi alta, aí eu fui para casa do meu tio aqui em Belém, aí eu ficava vindo todo dia para tirar leite para ele e fazer visita para eu ir embora. Eu vinha só de manhã, só para tirar leite e via ele, depois ia embora para casa de novo (M16).

Eu tive muito problema de dinheiro para mim pegar ônibus todo dia, as vezes faltava, tinha que dar um jeito, tinha que me virar para mim poder vir para cá. Difícil: acho que foi mais pelo fato de vir todo dia para cá, ficava naquela situação e pelo fato a gente não ser tudo aquilo de eu ter dificuldade para vir, por ter dificuldade de transporte, o problema era dinheiro (M17).

.... a respiração, ele saiu do tubo, voltou pro tubo de novo e ficava saturando, ficava cansado, aí colocaram ele no tubo, tiraram colocaram ai fica nisso, ele ficou com um tubo no nariz, uma borrachinha no nariz, ai tiraram, colocaram de novo, aí fora que ele pegou infecção na uti, pegou pneumonia (M06).

Está bem, graças a Deus tá maravilhoso, está ganhando peso, não está com infecção (M09).

Ele nasceu prematuro, com falta de ar e muita infecção, aí a gente teve que ficar no hospital (M11).

Ele foi para uti porque ele nasceu com uma infecção no pulmão. Me falaram que o pulmãozinho dele era muito prematuro (M13).

De saúde dela, não está muito bom porque ela deu infecção no sangue, né, ela está lá na uti agravou mais, quando ela foi para uci ainda está tomando antibiótico e este antibiótico está fazendo bastante efeito nela (M14).

.... a única coisa que ela usou mesmo lá na uti foi negócio de para ela respirar [referia-se ao cipap nasal], só isso mesmo que ela usou, com uma semana depois eles tiraram (M15).

Precisou ir para uti por que era prematuro extremo aí que foi entubada, ficou grave e tomando antibiótico (M17).

Está bem, ele não precisou usar nenhum aparelho pra respirar, está respirando sozinho, só está precisando tomar banho de luz e ganhar peso (M23).

.... falaram que ele precisa ganhar peso e que tem que ficar dentro do bercinho para ele respirar melhor, ele nasceu muito cansado (M25).

.... ela nasceu com problema de respirar e encaminharam ela para cá, quando ela chegou aqui ficou lá em cima, na UTI (M26).

Ele nasceu prematuro de 27 semanas, ele foi direto para UTI e depois veio para a UCI (M27).

O meu filho nasceu com baixo peso e prematuro porque eu tive pressão alta, cheguei a ter 2 crises convulsivas (M28).

A categoria Rede de Apoio refere-se a classe 5 no dendograma, com 16,2% de aproveitamento; as palavras que mais se destacaram foram: apoiar, família, querer e pai. Esta categoria manteve-se próxima a situação de hospitalização por representar a participação de sua rede de apoio no enfrentamento da hospitalização de seu bebê. Também demonstrou mediante os discursos apresentados sobre a vontade da família da adolescente em receber este bebê, assim como de seu companheiro, o pai do bebê.

Minha família toda está me apoiando, particularmente, tanto primo, quanto meus pais, meus avós foram os primeiros a me apoiar, nunca iam muito comigo, mas apoiaram, minha família toda (M02).

Minha família inteira está me apoiando, minha mãe que sempre está comigo. Meu pai está aqui em Belém comigo (M03).

.... eu tenho apoio da família dele e da minha família, dificuldade para vir para cá não (M06).

Todos na minha família me apoiam. A minha avó, minha mãe, minha sogra. Eu creio que seja minha mãe, minha avó, minha sogra e o pai do bebê também (M07).

.... o pessoal da minha família fizeram uma coleta para mim, como eu estou de resguardo ainda, fizeram uma coleta para eu vim de carro né ... O pai da neném, que só podia entrar a mãe ou o pai né, ele não vinha todo dia porque ele trabalha, ele vinha era uma vez na semana e ele vinha final de semana (M14).

Todas as pessoas da minha família estão me dando apoio, principalmente a minha tia (M20).

.... a minha mãe, a minha avó, toda a minha família estão me apoiando (M21).

As categorias relacionadas a classe 3 – Cuidados com o Bebê e a classe 2 – Estados de Consciência e Interação mostraram correlações no estudo do dendograma. A classe 3 – Cuidados com o Bebê registrou 21,3% de aproveitamento, com as palavras: leite, troco, dar, pegar. A classe 2 - Estados de Consciência e Interação apresentaram 17,8% de aproveitamento do corpus e suas palavras em destaque foram: olhar, olho, abrir, assim /conversar.

A relação entre estas duas classes revela sobre a participação da mãe nos cuidados com seu bebê, mesmo que limitada pela questão de saúde, esta se fazia presente na rotina de cuidados demandada pelo bebê e isto permitiu o envolvimento dela com o filho, pois estes cuidados favoreceram certa interação entre eles, com o despertar do bebê e a possibilidade da troca de olhares entre a díade, ou com a possibilidade do contato sonoro da voz da mãe para manter o momento de interação entre ambos.

Eu troco ele, dou leite, boto ele para arrotar e coloco ele de volta na incubadora (M11).

Trocava a fralda, tocava, dava o leite dele, pegava ele no colo (M13).

Na uci eu manuseava ela, eu trocava fralda, eu dava o leite, eu pegava a hora que eu quisesse (M14).

.... eu pegava ele, eu passei a tocar ele, dar leite no copinho, pegava, botava ele no colo para arrotar (M16).

Eu trocava fralda, dava o leite, fazia o canguru eu mesma botava ela e fazia o aerossol (M18).

.... dou leite na sonda, troco a fralda. Sim, quando estou com a minha filha eu converso com ela, pego ela no colo, canto para ela (M19).

.... colocar ele para mamar 30 minutos antes da dieta. Vem o leite, tem a água que é 1 hora e 30 minutos depois do leite (M20).

Eu cuido dela, a equipe só dá leite pra ela a noite porque eu durmo e eles não querem me acordar, mas durante o dia sou sempre eu que dou (M21).

Eu troco fralda e dou o leite na sonda. Sim. Sempre ele dá uns sorrisinhos. Sim, não posso deixar ele ficar muito no frio, qualquer movimento que faça com ele pode fazer ele perder peso, o meu leite também é essencial para ele ganhar peso. Eu pego nele. Ele está se alimentando por sonda, vem um leite para ele. Tudo certo, eu faço direitinho (M27).

Eu converso, eu começo a orar, ele fica rindo, ele abre um ladinho do olho (M02).

.... toda vez que eu ia lá, ele ficava assim meio com olho aberto, ele se espertava mais, eu me aliviei mais (M04).

Eu pegava ele no colo, mas ele quase não chora, quando ele faz cocô ele só abre o olho, fica se mexendo, ele não chora, aí eu já sei (M06).

.... só uma vez que deixaram eu pegar nele, aí eu ia lá só para ver ele, via as outras mães dando peito pro neném, ia lá só para olhar ele ... Ele dormia, dormia, dormia, ele só, de vez em quando ele abria o olho (M08).

.... eu notava muito o comportamento dela, quando eu conversava muito com ela ficava abrindo o olho e tentando enxergar, sabe (M14).

.... minha filha percebe a minha presença porque toda vez que eu chego perto dela ela abre o olho, ela fica olhando para mim, ela começa a sorrir (M19).

A classe 6 – Rotina da Unidade, manteve próxima as classes 3 e 2, com 14,3% de aproveitamento; nesta as palavras em destaque foram: médico, procedimento, acompanhar, enfermeiro. Esta classe indicou que a participação da equipe de saúde mais próxima da mãe, ofereceu segurança para esta realizar os cuidados permitidos e interagir com seu bebê sempre que seu estado clínico permitisse. Também observou-se que a mãe identifica os profissionais mais atuantes nesta fase de hospitalização, que ajudavam no tocante da saúde do bebê.

Na uti eram os enfermeiros e os médicos para me dar as informações e na uci eram as enfermeiras que cuidava, a fonoaudióloga e a pediatra (M16).

A minha filha está em boas mãos, primeiramente nas mãos de Deus e dos médicos, enfermeiras e tudo (M19).

... O médico, o enfermeiro. Eles falam todos os procedimentos que vão fazer (M20).

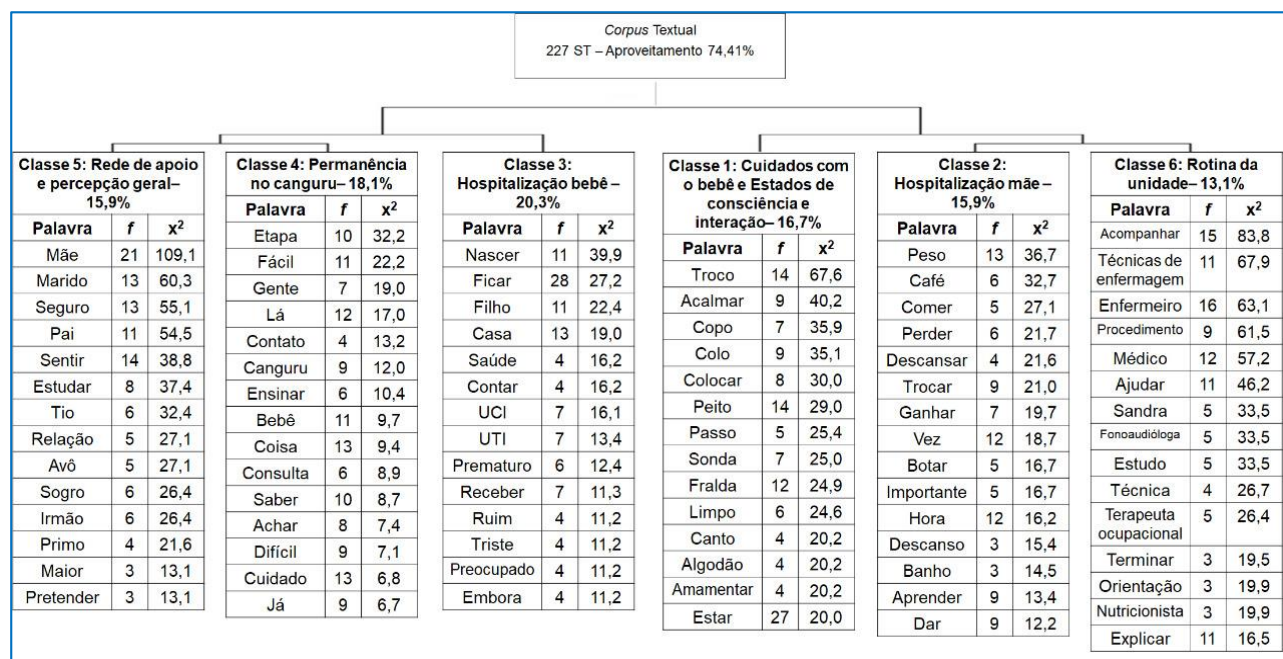
... a enfermeira, o médico, a nutricionista do banco de leite. Sim, me falam quando eles vão passar medicamento, vitamina, quando ela precisou tomar sangue a médica foi lá me explicar porque ela precisava do sangue (M21).

8.5.2 Entrevista 2

A **segunda entrevista (entrevista 2)** foi realizada quando a equipe sinalizava a alta da díade da unidade canguru. Esta entrevista obteve 74,43% de aproveitamento total do corpus textual. Participaram da segunda entrevista vinte e cinco mães. A configuração do dendograma da segunda entrevista mostrou-se diferente quanto a estruturação observada na primeira entrevista, conforme observamos na figura 12.

Figura 12

Dendrograma Entrevista 2 (Aproveitamento de 74.43% do corpus textual)



A classe 5 – Rede de Apoio e Percepção Geral (15,9% de aproveitamento), mostrou-se correlato a classe 4 – Permanência no Canguru (18,1%). Para estas classes, as palavras relativas foram: mãe, marido, seguro, pai, na classe 5; e etapa, fácil, gente, lá (UCINCa) para a classe 4.

A rede de apoio novamente toma lugar de destaque quanto a garantia e segurança oferecida para a díade após a alta do bebê da UCINCa. Da mesma forma, a experiência da vivência na segunda etapa do MC favoreceu a referida segurança, em que a mãe toma frente dos cuidados com seu bebê, deixando seu papel de coadjuvante para de mentora principal do bem estar de seu bebê.

O pai dele ficou com ele uma vez na posição canguru. Minha mãe, meu marido, eles que estão me ajudando (M03).

.... só a minha mãe que veio. Eu, minha sogra e ele. Confiança tenho, mas sozinha não, mas vou aprendendo. A coisa que eu ensinar para ele vai ser para mim também. Eu quero que ele estude, que faça uma faculdade, não seja igual a mãe dele (M08).

A minha mãe, eu já falei algumas coisas com ela. Agora eu já me sinto mais segura, porque eu fui aprendendo, mas quando não sei de algo eu pergunto (M11).

Meu marido, minha sogra, minha mãe (M13).

.... era para ser minha mãe, mas ela começou a trabalhar, aí mas ela não vai passar o dia todo fora, acredito que ela vai me ajudar também, o meu pai e mais uma prima minha que é praticamente minha irmã, e o pai da neném. A mamãe sabe e o pai da neném sabe, mas o papai e a minha prima eu explico depois. Sim, me sinto mais segura (M14).

.... a minha mãe vem segunda-feira pra ficar me acompanhando e me ajudar a cuidar deles. A minha avó, a minha tia, a minha irmã, minha mãe, meu pai. Eu que vou ter que ensinar eles a cuidarem. Agora eu ainda não me sinto segura em dar o leite para ele porque eu tenho medo de afogar, mas o resto eu acho que consigo (M20).

A minha mãe, minha irmã, a minha avó e o meu marido. Ainda não, eu que vou ensinar para eles. Me sinto bem segura já (M21).

Minha relação com o pai do bebê é ótima, sim ele me visitava sempre ... da minha família ninguém foi me visitar, só minha mãe que estava comigo de acompanhante.

Quem me ajuda com ele é o meu marido e a minha mãe também. Sim eu sempre me senti segura em realizar os cuidados sim (M22).

Estou com o pai da minha filha, nos damos bem. Minha mãe, minhas tias e minhas irmãs. Já orientei elas ... mas já me sinto mais segura do que na UCI (M24).

Acho que não teve o mais fácil ou difícil, é porque foi me adaptei melhor aqui do que em outros lugares do hospital. Sim, aqui no canguru eu recebi muito, lá na uci nem tanto, mas aqui no canguru bastante. Os cuidados vão ser os mesmos, eu vou ter que vim depois de três dias aqui, as consultas e tem que fazer canguru, fazer o ninhozinho para ele, os mesmos cuidados de sempre daqui. A terceira etapa (M06).

.... aqui no canguru eu aprendi mais a cuidar da minha bebê. Mais fácil foi eu aprender a fazer o ninho (M10).

Acho que o tempo que eu fiquei aqui, acho que foi só o tempo que eu fiquei. Que eu achei fácil foi cuidar dela, como se tivesse em casa (M15).

Mais fácil foi cuidar do bebê, porque já tinha uma noção do que era, eu cuidava dela na uti e para mim foi mais fácil essa parte, mais difícil, deixa eu ver, acho que não tem (M18).

O mais difícil era ver o tempo passar e a gente não sair de lá, cada dia que passa pensa: será que nós vamos sair daqui, a parte mais fácil era que eu estava lá, estava cuidando

do meu bebê e estava tudo ótimo ... porque as coisas que a gente fazia no canguru não era difícil, era tudo fácil (M22).

... os cuidados que a gente de ter com ele no caso. Eu sei que tem a terceira etapa, numa consulta que a gente tem que vir de três dias quando a gente sai daqui e ficar vindo de uma vez na semana até ela completar 2500, e eu não lembro se é uma x por mês ou alguma coisa assim (M14).

Com relação próxima as duas primeiras classes (5 e 4), a classe 3 refere-se a Hospitalização do Bebê, com 20,3% de aproveitamento do discurso; de modo que as palavras destacadas relacionaram-se a: nascer, ficar, filho, casa.

Para esta classe a mãe reflete sobre sua trajetória hospitalar e sobre como deverá cuidar de seu bebê daquele momento em diante, protegendo-o dos eventos externos, permanecendo em sua casa para manter o filho seguro de qualquer evento que possa comprometer sua saúde e qualidade de vida.

Botar a bolsa do canguru e dá o peito. Hum_hum, dá o peito e não deixar ele ficar com a temperatura baixa que se não perde peso, se ficar alta perde peso também, acho eu que é só. Eu dou o peito. Está mamando (M08).

... e os cuidados que eu tenho que fazer com ela em casa, eu aprendi aqui. É nas consultas que eu tenho que ficar vindo com ela, tem um exame que ela tem que fazer, eu tenho que ficar ciente que ela vai fazer e os cuidados que eu tenho que fazer com ela em casa, eu aprendi aqui (M10).

Que meu filho cresça saudável e que a gente seja muito feliz. Planejo tanta coisa, não vejo a hora de levar meu filho para casa (M13).

Eu acho que foi por conta que ela nasceu antes né e tá vindo para cá para ficar mais forte para poder ir embora para casa, que tem toda uma ajuda também para ensinar a gente como cuidar deles e tudo mais (M14).

.... Entendo, ela está aqui para poder ir bem para casa, como ela é uma criança prematura ela precisa de alguns cuidados, então ela tem que ficar aqui até ela completar as 35 semanas para poder ir para casa (...) ... faço de manhã e de tarde e fico 1 hora e 30 minutos. Ficar observando ela, porque teve um dia que ela começou a chorar como se ela quisesse chamar a minha atenção, era a toquinha dela que estava bem no nariz, e ela estava brava, e eu não tinha ido ver logo, se demorasse mais um pouco iria tapar a respiração dela, eu fiquei preocupada (M19).

O filho da minha irmã também nasceu prematuro e teve que ficar aqui por alguns meses, por isso eu já conhecia o método canguru. Recebi, me falaram que ela tem que mamar bem e dormir bem. Não sei te dizer, só sei que depois que ela receber alta vamos ter que ficar voltando para as consultas (M23).

Já falei para que elas que tem que lavar as mãos antes de pegar nele, que não pode ficar com ele muito no colo, ele precisa ficar sempre com blusa de manga para não perder peso (M25).

Só a minha tia que vem ficar comigo aqui porque eu sou de menor. Quando a gente for embora para minha cidade, eu vou ficar na casa da minha sogra que é onde eu moro, e lá não vamos ter contato com ninguém (M26).

A classe 2 – Hospitalização para a mãe (15,9%) e classe 6 – Rotina na Unidade (13,1%) demonstraram proximidade na configuração do dendograma. As palavras mais destacadas para a classe 2 foram: peso, café, comer e perder. Para a classe 6 foram: acompanhar, técnico de enfermagem, enfermeiro, procedimento.

O discurso materno perpassa sobre uma rotina pré-estabelecida de tarefas na UCINCa, no qual ela retrata sobre suas atividades diárias de cuidado com o bebê e dos horários estabelecidos para realizar os referidos cuidados, tangenciando esta rotina a intervenção da equipe de saúde, identificando novamente quais os profissionais que mais atuaram neste período.

A gente acordava, tomava café, fazia canguru, a gente aprendia fazer as coisas, a cuidar do bebê (M06).

.... ele está aqui para ganhar peso, pegar o peito e para eu aprender a cuidar dele.
...manter ele bem quentinho e colocar ele no canguru, para ele ganhar peso (M11).

Todas as tarefas sou eu que faço. Fazer a posição canguru e pegar peso logo, mamar bem. Para eu balançar ele bem devagarinho (M13).

Acho que é a questão do peso dela, da alimentação, tudinho, do canguru que a gente faz (M14).

.... o motivo dele ter vindo para cá é dele ganhar peso, estava com baixo peso e estava fazendo antibiótico, daí ele veio para cá só para pegar peso e depois ir para casa (M16).

Os cuidados mais importantes, tem que deixar ela bem embrulhada no ninho para ela não perder peso (M21).

Dou de mamar para ela, coloco ela pra arrotar, ela dorme, depois vou tomar banho, arrumar a cama e tomar café (M24).

Quando ele está dormindo eu aproveito para tomar banho, comer e descansar (M25).

Eu acordo, na verdade quem me acorda é ela, dou leite, troco a fralda, tomo meu café, banho e fico aqui conversando com as meninas, esperando dar a hora de dar o leite (M29).

.... das técnicas, vinham me ajudar, mas quando a minha acompanhante veio ela que me ajudava (M18).

Acompanho os procedimentos. As técnicas de enfermagem, a enfermeira chefe (M21).

Sim, eu acompanho os procedimentos. Me sinto bem em acompanhar. A enfermeira, a médica e a terapeuta ocupacional. Me explicam sempre o que vão fazer. Dar o leite de 3 em 3 horas e fazer a posição canguru. As técnicas de enfermagem me ajudam (M24).

Acompanho os procedimentos. A médica, a enfermeira, as técnicas de enfermagem, nutricionista, a terapeuta ocupacional. Sim, explicam direitinho. Sim, para dar o leite, só isso. Ajudam quando elas podem, elas ajudam sim (M27).

A classe 1 reuniu as categorias relativas aos Cuidados com o Bebê e Estado de Consciência e Interação (16,7% de aproveitamento), mostrando no discurso proximidade com as classes 2 e 6. As palavras: troco, acalmar, copo, colo, foram as mais prevalentes.

Para esta ultima classe, a mãe relata sobre a influencia do seu cuidado para os momentos em que interagia com seu bebê, sendo um momento muito particular entre ambos. Ela identifica os sinais do seu bebê, realizando sua tarefa materna em responder as necessidades de seu bebê.

É eu troco fralda, dou mama, já sei mais cuidar, aí eu já fico mais cuidadosa com ela (M10).

Sim, quando ele está muito agitado eles vêm me ajudar a colocar ele no colo para ele se acalmar (M11).

Ela gosta assim encostada no peito e eu ficar assim balançando. Ela fica de barriga para cima e as vezes eu coloco ela de ladinho no ninho. Converso aí ela fica prestando atenção (M14).

Não. Aqui eu faço a posição canguru com ela, boto ela no colo e bato na costinha dela, aí ela se acalma. No copo, no peito ela consegue só que não tem leite (M17).

Eu dou leite, troco, é isso. Sim, principalmente colocar todo dia na posição canguru. Eu pego ele no colo e acalmo ele (M20).

Eu troco a fralda, dou o peito e a fórmula. Eu fico com ele no colo até ele se acalmar (M25).

Eu pego ela e fico andando para um lado e outro para ela se acalmar (M26).

Eu troco a fralda, dou o leite, troco a roupa, tudo. Eu pego ela no colo, as vezes ficam andando com ela dentro do quarto até ela dormir (M27).

Eu faço tudo, dou mama, troco a roupinha dele, faço dormir. Eu converso com ele, pego ele no colo e fico andando, ele se acalma e dorme (M28).

8.5.3 Refletindo sobre as vivências relatadas

No tocante das duas entrevistas, é notável o processo de adequação comportamental da mãe frente as demandas ocorridas na hospitalização de seu bebê. Na primeira entrevista identificamos certa insegurança sobre a sobrevivência do bebê, permeada de dúvidas e incertezas sobre sua condição materna, contudo, personagens fundamentais neste momento ajudam a mãe a encarar os desafios deste momento, toma destaque a sua rede social de apoio e o suporte da equipe de saúde que introduz a mãe progressivamente nos cuidados realizados com o bebê.

Na segunda entrevista, o papel materno torna-se diferenciado, tendo em soma a autonomia dela em realizar os cuidados com seu bebê e a possibilidade de uma interação mais efetiva com seu bebê, idealizando seu futuro sob a perspectiva de cuidar de seu filho, para que

ele possa se desenvolver e crescer com qualidade de vida, superando todas as dificuldades quanto ao seu ganho de peso e sua condição de saúde.

No discorrer das duas entrevistas, é possível identificar alguns padrões que se modificam em relação aos estágios da hospitalização e do envolvimento da mãe nos cuidados, assim como da possibilidade de interagir mais com seu bebê conforme ele respondia ao seu cuidado. Entre as entrevistas também se observa que a rotina da unidade e a participação da rede de apoio conferem uma característica imutável, pois não demanda da influência direta da mãe para seu funcionamento. Ou seja, as categorias em que não há interferência da mãe são imutáveis, enquanto as que a mãe age diretamente com o bebê se modificam, gera aprendizado, interação ao longo do processo, ou seja, a busca, a interação, a proximidade se ampliam ao longo do tempo e, conseqüentemente, isso muda a relação com seu bebê, favorecendo o desenvolvimento do apego.

O nascimento precoce, por si só, demanda uma experiência traumática na vida das famílias, especialmente quando a saúde do bebê se mostra sensível e passível de agravos, gerando sentimentos conflituosos e desespero nas famílias. A ansiedade e o medo de que permeiam este momento pode interferir na relação da mãe e de seu bebê hospitalizado; sendo necessário o desenvolvimento de estratégias de cuidado direcionadas a incentivar a participação da mãe no percurso da hospitalização do seu filho, com objetivo de fortalecer o vínculo e tornar esta mãe mais segura e confiante (Ncube et al., 2016).

Em contrapartida, a maternidade confere momento especial e único na vida de uma mulher, capaz de transformar sua vida e sua rotina de modo significativo. Quando se trata de mãe adolescente, pode desencadear desajustamentos em diferentes contextos de vida, comprometendo seus projetos de vida, em que deverá reorganizar sua realidade para conciliar a maternidade as demandas de estudos, de vida social, de empregabilidade. Inerente ao processo da construção do sentimento materno, a gestação e as trocas vivenciadas pela mãe e

o feto, neste período podem ajudar a formar as primeiras vinculações e trocas afetivas, no sentido de sensibilizar a futura mãe sobre as necessidades de seu bebê (Pinto & Marcon, 2012).

Em estudo de campo com nove adolescentes no Paraná, constatou-se que as mudanças iniciais com a descoberta da gravidez levaram a um desajuste emocional importante, que foi superado no decorrer do tempo, de modo a se adaptarem a situação da maternidade à proporção que recebiam apoio do seu eixo familiar, para o enfrentamento dos desafios desta (Munslinger et al., 2016). A rede social de apoio, comumente sustentada pela avó materna e pelo parceiro presente, podem colaborar com o enfrentamento e reajuste da condição de maternidade precoce (Silva & Salomão, 2003).

A importância de pessoas como os avós e o pai do bebê conferem uma característica especial para saúde materno-infantil. Na pesquisa realizada por Kumar et al. (2018), com cento e quatro adolescente da área urbana do Arizona-Estados Unidos; mostraram que o apoio fornecido pelos avós do bebê e pelo companheiro apresentam variações no decorrer da gestação, parto e puerpério, atingindo o pico de suporte após o nascimento do bebê, em que a mãe mostra mais carência de apoio no enfrentamento das tarefas maternas.

Graça e Gutierrez (2020) definem o apoio social como as relações sócioafetivas que o indivíduo estabelece com as pessoas e com o meio que está inserido, que tem a possibilidade de oferecer recursos emocionais, cognitivos e materiais, e proporcionar noção de segurança e pertencimento; sendo um fator promotor e protetivo da saúde, sendo relacionado a desfechos positivos.

Na instância da rede de apoio, também se encontram os profissionais de saúde, que exercem um papel fundamental no envolvimento da mãe adolescente e de seu bebê PT e de BP. Neste caso, à proporção que o tempo passa em uma unidade neonatal, a mãe começa a identificar quais os profissionais que estão mais próximos de seu bebê, quais os que orientam sobre as questões de saúde de seu bebê, oferecendo informações concretas e dirigidas ao

entendimento dela; bem como introduzindo a participação desta nos cuidados direcionados ao seu bebê (Graça, 2021). Para tanto, o acolhimento e o acompanhamento desta mãe contribuem para favorecer o envolvimento dela com seu bebê, assim, promovendo seu desenvolvimento e ajudando no seu processo de saúde (Brasil et al., 2016).

A necessidade de deixar seu bebê internado, de não poder tocar e levar para casa semeia uma experiência marcante para a mãe e sua família. As práticas de cuidados, tão logo seja estabelecida a estabilidade do quadro clínico do bebê; resgatam o papel primordial da família. Tocar, acariciar, colocar no colo, alimentar, trocar sua fralda, conversar, acalmar seu bebê, fazê-lo dormir, tarefas simples para uma mãe, tomam grandes proporções quando o bebê nasce prematuramente e permanece hospitalizado. Tais tarefas, quando passam a ser realizadas pela mãe, pai, ou outro cuidador, conferem ganhos importantes, comparados a vitórias diárias, que influenciam no estabelecimento do vínculo e na troca de afeto entre eles, dada a importância das práticas parentais, possibilitando um cuidado mais humanizado e respeitoso em situações de risco (Nascimento, 2019).

A participação dos pais, no “ecossistema” da saúde do prematuro, favorece o desenvolvimento do domínio cognitivo dos pais para os sinais do bebê. A mãe apresenta uma característica inata e particular para atender aos apelos de seu filho, entendendo sua capacidade e limitações frente a uma situação de estresse e doença. A introdução da mãe no contato direto com seu filho deve ser estimulada assim que possível, tanto ela possa caminhar até a unidade neonatal (Martins, 2020). Para isso, políticas públicas tem fornecido subsídios a gestão em saúde para colaborar com este contato mãe-filho o mais precocemente possível.

O advento da prática humanizada, proposta pela Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – MC, favoreceu a construção de práticas de cuidado centradas na família e nas especificidades do recém-nascido. A entrada e participação da família no

cuidado neonatal, desde a UTI neonatal, até o acompanhamento na atenção básica, estabeleceu um olhar mais humanizado e promotor de saúde (Brasil, 2018).

As práticas de cuidado promovidas pelo MC, em particular na segunda etapa onde a mãe assume a maior parte destes com seu bebê; implicou em ampliar a segurança materna e assim, fortaleceu a sua função materna sobre a proteção e saúde do seu bebê. O ato de posicionar seu bebê em contato pele-a-pele, verticalmente apoiado sobre seu peito, pelo tempo que ambos considerarem confortável e agradável, infere sentimentos de troca mútua entre a mãe e o bebê, estimula o desenvolvimento sensório-motor do bebê, ajuda na qualidade do sono, no ganho de peso, e principalmente no vínculo mãe-bebê. O poder oferecido pela PC devolve a sensação de ligação afetiva entre a díade, no reconhecimento, no pertencimento, semente plantada para toda uma vida de relação (Nascimento, 2018).

9 CONCLUSÃO

A adolescência corresponde a fase da vida em que finda a infância e inicia a vida adulta, com ênfase em mudanças de caráter biológico, cognitivo e especialmente social. É comum, nesta fase, iniciar também a vida sexual, por conta do aparecimento das características sexuais secundárias e o advento de comportamentos sociais de pares, em que a busca por um parceiro configura na descoberta do desejo sexual e de planos para a vida adulta (Ferreira & Nelas, 2006). Por demandar mudanças sociais profundas, o adolescente, muitas vezes, apresenta comportamentos contrários e conflituosos na sua gênese familiar, seguindo de rebeldia inconsciente de impor seu próprio pensamento e suas escolhas pessoais. Algumas atitudes do adolecer podem gerar certo ônus a seu contexto de vida, como a gravidez não planejada (Filho et al., 2021).

Por ser período em que as mudanças biológicas são intensas por conta do bombardeio hormonal subsequente, uma gravidez na adolescência pode caracterizar um risco evidente de saúde para a mãe e para o bebê (Filho et al., 2021). Entre os riscos mais comuns, o nascimento prematuro e de BP conferem um dos mais prevalentes resultados da maternidade na adolescência, com relação intrínseca entre as condições sócio-econômicas da população e de acesso a bens e serviços; demandando maior suporte especializado em ações de saúde, incluindo a hospitalização do bebê (Marvin-Dowle & Soltani, 2020).

A OMS considera a gravidez na adolescência um problema de saúde pública global, que necessita de melhor dinamização de políticas em saúde eficientes para atender a demanda cada vez maior para a saúde de meninas adolescentes e de controle social; haja vista, que gravidez neste período pode não só acarretar em risco de saúde para a mãe e ao bebê, como também pode comprometer a permanência na adolescente na escola e modificar seus nichos de relações sociais (Gaiva et al., 2021). A adolescente vivencia mudança brusca de papéis sociais, de filha para a mãe, de menina a dona de casa, responsável por educar, alimentar e vestir, que

implica em uma rápida e sugestiva adaptação comportamental e psíquica para a exercer este novo papel (Fucks et al., 2015).

As evidências apontam que quanto mais precoce for a gestação, maior será o risco de comprometer a situação de vida da mãe, interferindo inclusive nos aspectos sócioeconômicos de sua família, especialmente quando esta ocorrência acontece em países em desenvolvimento, por conta de competir com maiores índices de baixa escolaridade e pobreza. Os riscos ao bebê muitas vezes demandam de uma gestação de risco, não planejada e de acompanhamento pré-natal inadequado, podendo levar a um nascimento prematuro e/ou com BP (Potijk et al., 2015).

Já o nascimento de bebê prematuro ou com baixo peso, requer melhor suporte de políticas de saúde e educação, no sentido de comportar as necessidades de manutenção e qualidade de vida, respectivamente. As taxas de morbimortalidade de bebês prematuros e de BP podem se agravar conforme for seu risco social, bem como quanto mais precoce for este nascimento, com influência direta sobre seu desenvolvimento global (Hoffman et al., 2015).

No tocante dos achados envolvidos neste estudo, é possível observar que os dados relativos à abordagem quantitativa relaciona-se proporcionalmente aos dados qualitativos. A vivência materna relatada no discurso das duas entrevistas retratam a progressão da participação da família, especialmente a mãe, sobre o cuidado com seu bebê, na mesma instância que os fatores psicossociais influenciam a formação do vínculo e, indiretamente, tem o efeito de ajudar o bebê nos ganhos relativos ao comportamento e desenvolvimento.

A experiência da mãe adolescente não se mostrou às avessas sobre a vivência da maternidade quando comparada a outras mães não adolescentes, especialmente em termos de habilidades maternas e disponibilidade para cuidar de seu bebê. O papel materno parece inerente a condição humana e evolutiva da espécie. Estudos sobre ecologia comportamental humana podem explicar sobre a origem do papel materno, no caso, considerando o evento inato-aprendido, natural e cultural de nossa sociedade. A necessidade de sobrevivência da

espécie influenciou na dinamização do papel materno no decorrer do processo evolutivo do homem; bebês mais frágeis e únicos induzem uma maior participação de cuidado e proteção da mãe até que este possa seguir de forma independente a vida adulta, para garantir sua sobrevivência e reprodução (Bussab, 2000).

A permanência por maior tempo, cronologicamente, garantiu o desenvolvimento do afeto por demandar proximidade e convivência entre a mãe e o filho, levando a um grande investimento parental. A fisionomia do bebê tem um efeito poderoso para provocar sentimentos tenros e protetores de seus pais. O contato prolongado entre a mãe e o bebê por meio da amamentação e a influência de comportamentos de “conquista” pelo bebê, como o sorriso e o olhar são preditores do maior investimento parental (De Toni et al., 2004).

A teoria do apego resgata conceitos que envolvem não apenas o psiquismo, mas também o fator biológico, social e cultural entre o cuidador principal e seu filho, que levam a maior proximidade e segurança do adulto em proteger sua cria. Este comportamento gera interação mais intensa entre eles, que futuramente influenciará nos padrões de desenvolvimento socioemocional da criança em todo o curso de sua vida. A vinculação estabelecida entre a mãe e o bebê, independe da idade materna, mesmo em condições desfavoráveis, como as desencadeadas pelo processo saúde-doença, mas também determina a estrutura pessoal da mãe, da família, da sua história de vida e instancias maiores que envolvem o conteúdo cultural (Bowlby, 1990).

A maternidade adolescente oferece risco real ao nascimento PT e de BP, especialmente associada as condições psicossociais desfavoráveis; entretanto, a disponibilidade para cuidar e se fazer presente na vida do seu filho durante toda a permanência hospitalar, mostrou ser um fator protetor importante para o estabelecimento do vínculo e o desenvolvimento do bebê.

Alguns fatores podem contribuir para uma transição bem-sucedida na maternidade para adolescentes, incluem-se problemas relacionados ao parto e a amamentação, bem-estar

psicológico, habilidade em cuidar do seu bebê, suporte social, apoio, educação e suporte financeiro para os cuidados em saúde da díade (Erfina et al., 2019). O suporte social e a capacidade de cuidar do bebê são responsáveis pelo envolvimento da mãe adolescente com seu bebê. O significado da maternidade refere-se ao cuidado, ao carinho, ao apego pelo filho, as dificuldades demandadas da condição materna mostram-se superadas diante de uma rede social de apoio atuante (Zanettini et al., 2017). Estas afirmativas corroboram com os achados desta tese.

Certamente, a realização de outras pesquisas sobre esta temática é necessária, no sentido de oferecer a comunidade científica subsídios para incentivar projetos e modelos de cuidado a esta população vulnerável – mãe adolescente e bebê PT. Incentivar novas pesquisas no contexto hospitalar, em momentos que a família possa se tornar mais presente, com a visita periódica dos demais membros da família, como avós, tios e amigos da mãe, podem responder algumas questões relativas a rede de apoio materno; bem como, envolve-los no cuidado orientado com o bebê PT e de BP pode oferecer o estabelecimento das práticas humanizadas no contexto social mais amplo e permitir desenvolvimento pleno de bebês de risco e suas respectivas famílias.

Uma das principais limitações deste estudo aconteceu em decorrência do advento da epidemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 (COVID-19), durante o período de início da coleta de dados, em meados de março de 2020. A maior parte dos serviços foram reorganizados para que o hospital pudesse assistir as vítimas da epidemia, deslocando-se enfermarias, que antes eram utilizadas no atendimento do público materno-infantil, para atender também as pessoas que estavam doentes. As atividades de pesquisa foram suspensas, considerando a dificuldade de circulação de pessoas transitando pelo hospital, assim como o controle de vetores e do isolamento que foi estabelecido por conta da pandemia.

A unidade canguru passou a receber menos mães e bebês, assim como a inviabilidade de circular entre uma e outra enfermaria, que também limitou a coleta de dados na UCINCo. Em alguns momentos, conforme a pandemia apresentava taxa menor de casos, as pesquisas eram liberadas, logo que se retomava novo pico de infecção as atividades eram suspensas, não permitiu coleta de dados mais ampla, assim como restringiu o tempo de observação e a criação do grupo controle de mães não adolescentes e bebês PT e de BP.

A oscilação entre os períodos de coleta de dados nos anos de 2020 e 2021 (primeiro semestre), interferiu na progressão contínua da coleta, houve perda de aproximadamente quinze participantes elegíveis entre as mães adolescentes e seus respectivos bebês, sem conseguir finalizar a maior parte da aplicação dos instrumentos de coleta.

Especialmente no ano de 2020, o quantitativo de recursos humanos foi comprometido devido a infecção, gerou déficit também da instituição em manter alguns serviços, assim como restringiu a entrada de visitantes, alunos, pesquisadores e de familiares das mães.

Outro ponto que algumas mães adolescentes apresentaram histórico de parto prematuro devido situações respiratórias prévias, na sua maioria por Covid-19; por não contemplar os critérios de inclusão do pré-projeto de pesquisa, estas mães e seus respectivos bebês não foram incluídas da coleta de dados.

Em relação a rede de apoio, a restrição de entrada de familiares na unidade canguru, potencializou eventos de estresse e descontentamento nas mães adolescentes, que se mostraram mais cansadas e com necessidades psico-emocionais importantes em algum momento; situações que precisaram de maior empenho da equipe de saúde no acolhimento e suporte, transmitindo segurança e apoio no cuidado com o bebê; além de propor atividades lúdicas/recreativas e de relaxamento junto com as demais mães nas enfermarias, para minimizar os efeitos do estresse hospitalar.

Importante destacar que durante o planejamento da pesquisa não havia perspectiva dos acontecimentos que se sucederam durante a coleta de dados. A pesquisa precisou ser ajustada em diferentes momentos para que fosse possível coletar os dados de forma fidedigna e de acordo com a proposta contida no pré-projeto. Certamente a situação da pandemia influenciou toda estrutura de vida e de assistência em saúde; novos padrões comportamentais surgiram, assim como a dúvida sobre os possíveis efeitos do vírus no neurodesenvolvimento e no apego materno-infantil; conferiu cenário frutífero para novas pesquisas envolvendo as experiências e as projeções dos eventos relacionados a pandemia.

Referências atualizadas em nível teórico e empírico também contribuíram com as limitações na discussão deste estudo, em especial as relativas as respostas do desenvolvimento neurocomportamental de bebês PT e de BP de mães adolescentes. Sugere-se a ampliação da produção científica nesta área, que vislumbre a realidade hospitalar e as intervenções para a promoção do desenvolvimento global do bebê e do vínculo materno-infantil na condição de prematuridade.

Apesar das limitações e desafios acima relatados, os resultados deste estudo demonstraram a relevância desta pesquisa, atingiu os objetivos traçados, no que tange a disponibilidade do cuidado materno e a percepção sobre o vínculo inicial serem estritamente interligados, assim como em identificar que o processo de desenvolvimento neurocomportamental, neste período, acontece, em parte, independente das demais variáveis, assim como do fluxo de suporte da rede de apoio da mãe e da rotina hospitalar.

Em suma, esta pesquisa permitiu entender a importância da rede social de apoio, do cuidado especializado e humanizado, entendendo quais as perspectivas maternas sobre seu futuro e de seu bebê, que independente da idade e da situação de risco vivenciada pela mãe e seu bebê não exerce influência no estabelecimento dos laços afetivos e da confiança de um futuro afetuoso entre ambos.

Para finalizar este estudo, a Figura 13, a seguir, oferece uma imagem fraterna com intuito de emitir uma reflexão sobre a potência do amor materno, independente da idade, independente da quantidade de filhos e de sua condição social; sentimento esse fundamental para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, onde todos tenham seus direitos preservados, a saúde, a educação e a qualidade de vida.

Figura 13

Amor materno em três dimensões



REFERÊNCIAS

- Acharya, N., Singh, R., Bhatta, N., & Poudel, P. (2014). Randomized Control Trial of Kangaroo Mother Care in Low Birth Weight Babies at a Tertiary Level Hospital. *Journal of Nepal Paediatric Society*, 34(1), 18-3. <https://doi.org/10.3126/jnps.v34i1.8960>
- Agbor, V. N., Mbanga, C. M., & Njim, T. (2017). Adolescent deliveries in rural Cameroon: an 8-year trend, prevalence and adverse maternofetal outcomes. *Reproductive health*, 14(1), 1-8.
- Ainsworth, M. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Airosa, S., & Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, estresse e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(1), 64-77.
- Almeida, A. H. D. V. D., Gama, S. G. N. D., Costa, M. C. O., Carmo, C. N. D., Pacheco, V. E., Martinelli, K. G., & Leal, M. D. C. (2020). Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil, 2011-2012. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(12), 1-13.
- Althabe, F., Moore, J. L., Gibbons, L., Berrueta, M., Goudar, S. S., Chomba, E., ... & McClure, E. M. (2015). Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study. *Reproductive health*, 12(2), 1-9.
- Amiel-Tison C. (1973). Neurologic disorders in neonates associated with abnormalities of pregnancy and birth. *Current Problems in Pediatrics*, 3(3), 3-37.
- Amiel-Tison C. (1996). Does neurological assessment still have a place in the NICU? *Acta Paediatrica*, 416(suppl.), 31-8.
- Amiel-Tison C. (2001). Clinical assessment of the infant nervous system. In M. I. Levene, F. A. Chervenak, & M. Whittle (Eds.), *Fetal and neonatal neurology and neurosurgery* (3rd ed., pp. 99-120). London: Churchill Livingstone.
- Amiel-Tison C. (2002). Update of the Amiel-Tison Neurologic Assessment for the Term Neonate or at 40 Weeks Corrected Age. *Pediatric Neurology*, 27(3), 196-212.
- Anderson, P. J., Luca, C. R., Hutchinson, E., Spencer-Smith, M. M., Roberts, G., & Doyle, L. W. (2011). Attention problems in a representative sample of extremely preterm/extremely low birth weight children. *Developmental Neuropsychology*, 36(1), 57-73. doi: 10.1080/8756541.2011.541538
- Antunes, E. J. (2019). A religiosidade e as manifestações religiosas através da história humana. *Revista Babilônia*, 7(7), 35-44.

- Arivabene, J. C., & Tyrrell, M. A. R. (2010). Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2), 262-268.
- Asnong, C., Fellmeth, G., Plugge, E., Wai, N. S., Pimanpanarak, M., Paw, M. K., Charunwathana, P., Nosten, F., & McGready, R. (2018). Adolescents' perceptions and experiences of pregnancy in refugee and migrant communities on the Thailand-Myanmar border: a qualitative study. *Reprod Health*, 15(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0522-7>
- Azevedo, W. F., Diniz, M. B., Fonseca, E. S. V. B., Azevedo, L. M. R., & Evangelista, C. B. (2015). Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. *Einstein*, 13(4), 618-26.
- Baba, S., Iso, H., & Fujiwara, T. (2016). Area-level and individual-level factors for teenage motherhood: a multilevel analysis in Japan. *PloS one*, 11(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166345>
- Baker, A. M., & Haeri, S. (2014). Estimating risk factors for spontaneous preterm delivery in teen pregnancies. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 289(6), 1203-1206. doi: 10.1007/s00404-014-3149-0
- Barros, M. C. M. (2020). *17 de Novembro: Dia Mundial da Prematuridade*. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo.
- Barroso, M. L., Pontes, A. L., & Rolim, K. M. C. (2015). Consequências da prematuridade no estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe adolescente e recém-nascido. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16(2), 168 -175.
- Bas, E. K., Bulbul, A., Uslu, S., Bas, V., Elitok, G. K., & Zubarioglu, U. (2020). Maternal Characteristics and Obstetric and Neonatal Outcomes of Singleton Pregnancies Among Adolescents. *Medical Science Monitor*, 26. doi: 10.12659/MSM.919922
- Becker, D. (2017). *O que é adolescência?* São Paulo: Brasiliense.
- Belfort, G. P., Santos, M. M. A. D. S., Pessoa, L. D. S., Dias, J. R., Heidelmann, S. P., & Saunders, C. (2018). Determinantes do baixo peso ao nascer em filhos de adolescentes: uma análise hierarquizada. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 2609-2620.
- Bera, A., Ghosh, J., Singh, A. K., Hazra, A., Mukherjee, S., & Mukherjee, R. (2014). Effect of kangaroo mother care on growth and development of low birthweight babies up to 12 months of age: a controlled clinical trial. *Acta Paediatrica*, 103(6), 643-50. <https://doi.org/10.1111/apa.12618>
- Berbert-Ferreira, M. (2019). *Variáveis Psicossociais de Mães Primíparas e suas Implicações no Desenvolvimento De Seus Filhos* (Tese de Doutorado). Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, Brasil.

- Béria, J. U., Schermann, L. B., Leal, A. F., Hilgert, J. B., Stein, A. T., Alves, G. G., ... & Palazzo, L. (2020). Motherhood in early adolescence: a case-control study in Southern Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 439-448.
- Bhutta, A. T., & Anand, K. J. S. (2002). Vulnerability of the developing brain: neuronal mechanisms. *Clinics in perinatology*, 29(3), 357-372.
- Bowlby, J. (1940) The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. *International Journal of Psycho-Analysis*, 21, 1-25.
- Bowlby, J. (1944) Forty-four juvenile thieves: Their characters and home life. *International Journal of Psycho-Analysis*, 25, 107-127.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (1990; 2002). *Apego e perda: Apego - A natureza do vínculo* (Vol. 1, 3a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (2015). *Formação e rompimento dos laços afetivos* (5a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J., Fry, M., & Ainsworth, M. D. S. (1990 [1965]). *Child care and the growth of love*. Harmondsworth: World Health Organization.
- Bradford, A. B., Burningham, K. L., Sandberg, J. G., & Johnson, L. N. (2017). The association between the parent-child relationship and symptoms of anxiety and depression: The roles of attachment and perceived spouse attachment behaviors. *Journal of marital and family therapy*, 43(2), 291-307. <https://doi.org/10.1111/jmft.12190> PMID: 27739579.
- Brasil, E. G. M., Queiroz, M. V. O., Cunha, J. M. H., Magalhães, S. S., & Maia, E. G. (2016). Estabelecimento de vínculo com a mãe adolescente: vislumbrando o cuidado à criança. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(3), 4601-4608.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2017). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru* (3a ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2018). *Método Canguru: manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2019). *Método canguru: diretrizes do cuidado* (1a ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Vigilância de Doenças Não-Transmissíveis (2021). *Saúde Brasil 2020/2021: uma análise da situação de saúde e da qualidade da informação*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brazelton, T. B. (1973). Assessment of the infant at risk. *Clinical obstetrics and gynecology*, 16(1), 361-375.
- Brazelton, T. B., & Nugent, J. K. (1995). Neonatal behavioral assessment scale (3rd ed.). *Clin Dev Med*, 137, 1-150.
- Bussab, V. S. R. (2000). A família humana vista da perspectiva etológica: natureza ou cultura? *Interação*, 4, 9-22.
- Campuzano, M. A. G., Carrocera, L. A. F., Reyes, L. M. C. S., Pereyda, R. P. D., Vazquez, N. M., Rosalia, J. Q., ... & Fabian, M. C. C. (2020). Neurodevelopmental outcomes of infants with periventricular leukomalacia at 2 years of age according to the De Vries classification. *Neurology & Neuroscience*, 1(2), 1-7.
- Castañeda-Camey, N., Siantz, M. L. D. L., & Brazil-Cruz, L. (2019). Gravidez e maternidade: percepções de mulheres jovens em um contexto binacional México-Estados Unidos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 17(1), 327-342.
- Castral, T. C., Braga, R. R. G. S., & Mendonça, A. K. M. S. (2021). Método Canguru: evidências científicas e humanização do cuidado ao recém-nascido pré-termo. In M. A. M. Gaiva, E. C. Rodrigues, B. R. G. O. Toso, & M. A. Mandetta. *Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família* (pp. 116-135). Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras.
- Chawanpaiboon, S., Vogel, J. P., Moller, A. B., Lumbiganon, P., Petzold, M., Hogan, D., ... & Gülmezoglu, A. M. (2019). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *The Lancet Global Health*, 7(1), e37-e46.
- Chvatal, V. L. S., Vasconcellos, J. F. J., Rivoredo, C. R. S., & Turato, E. R. (2017). Mecanismos de Defesa Utilizados por Adolescentes com Bebês Prematuros em UTI Neonatal. *Paidéia*, 27(suppl. 1), 430-438. doi:10.1590/1982-432727s1201708.
- Condon, J. T., & Corkindale, C. J. (1998). The assessment of parent-to-infant attachment: Development of a self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(1), 57-76.
- Costa, M., & Calado, G. (2020). O Ambiente Terapêutico e o Desenvolvimento do Recém-Nascido Prematuro uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(3), 1934.
- Dadalto, J. G., Cunha, A. C. B., & Monteiro, L. F. (2019). Não é uma simples conversa: Percepção do neonatologista sobre o vínculo mãe-bebê. *Contextos Clínicos*, 12(3), 881-901.
- Dalbem, J. X., & Dell'Aglio, D. D. (2005). Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57(1), 12-24.

- Dargassies, S. S. (1974). *Le développement neurologique du nouveau-né à term et prématuré*. Paris: Masson.
- Dias, B. A. S. (2021). *Recorrência da cesariana e da prematuridade na pesquisa Nascer no Brasil* (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
- Dipietro, J. A. (2010). A. Psychological and Psychophysiological considerations regarding the maternal-fetal relationships. *Infant and Child Development*, 19(1), 27-38.
- Dociatti, C. D., Nascimento, M. B. R., Siebeneicher, S., & Reis, M. A. M. (2021). Gravidez na adolescência: um estudo de base hospitalar. *Residência Pediátrica*, 11(2).
- Domingues, M. A. (2007). *Desenvolvimento e aprendizagem: o que o cérebro tem a ver com isso*. Manaus: ULBRA.
- Dondé, J. P. (2019). Fatores associados ao baixo índice de Apgar no quinto minuto de vida em recém-nascidos. *Medicina-Pedra Branca*.
<https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/9281>
- Dubowitz, L. M. S., Dubowitz, V., Palmer, P., & Verghote, M. (1980) A new approach to the neurological assessment of the preterm and full-term newborn infant. *Brain & Development*, 2(1).
- Dubowitz, L., Dubowitz, V., Mercuri, E. E. (1998). An optimality score for the neurologic examination of the term newborn. *The Journal of Pediatrics*, 133(3).
- Erfina, E., Widyawati, W., McKenna, L., Reisenhofer, S., & Ismail, D. (2019). Adolescent mothers' experiences of the transition to motherhood: An integrative review. *International journal of nursing sciences*, 6(2), 221-228.
- Eutrope, J., Thierry, A., Lempp, F., Aupetit, L., & Saad, S. (2014). Emotional reactions of mothers facing premature births: Study of 100 Mother-Infant Dyads 32 Gestational Weeks. *PLoS ONE*, 9(8), e104093. doi:10.1371/journal.pone.0104093
- Farias, G. R. B., & Aguiar, M. S. S. (2010). *Indicadores comportamentais de recém-nascidos de risco evidenciados em ambiente de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. Belém: EDUEPA.
- Fernandes, R. F. M., Meincke, S. M. K., Thumé, E., Soares, M. C., Collet, N., & Carraro, T. E. (2015). Characteristics of antenatal care for adolescents from state capitals in Southern and Northeastern Brazil. *Texto & Contexto Enferm.*, 24(1), 80-6. Available from <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/0104-0707-tce-24-01-00080.pdf>
- Fernandes, R. F. M., Rodrigues, A. P., Soares, M. C., Corrêa, A. C. L., Cardoso, S. M. M., & Krebs, L. M. (2018). Intercorrências obstétricas que ocorrem durante a gravidez na adolescência. *Ciência Cuidado e Saúde*, 17(1).
- Ferreira, M., & Nelas, P. B. (2006). Adolescências... Adolescentes. *Milenium Journal of Education, Technologies, and Health*, 32(11), 141-162.

- Flores-Valencia, M. E., Nava-Chapa, G., & Arenas-Monreal, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Rev. Salud Pública*, 19(3), 374-378.
- Fracolli, L. A., Silva, L. A., Silva, R. C., & Maria, A. (2019). Padrão de Apego Mãe/Bebê em Adolescentes Assistidas Pelo Programa Jovens Mães Cuidadoras. In *Conference Ebook*, 79.
- França, E. B., Lansky, S., Rego, M. A. S., Malta, D. C., França, J. S., Teixeira, R., ... & Vasconcelos, A. M. N. (2017). Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Revista brasileira de epidemiologia*, 20(supl. 1), 46-60.
- Franceschini, S. C. C., Priore, S. E., Pequeno, N. P. F., Silva, D. G., & Sigulem, D. M. (2003). Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em gestantes de baixa renda. *Rev. Nutr.*, 16(2), 171-179.
- Freitas, A. L. L. P., Lazzarini, E. R., & Seidl, E. M. F. (2021). Um olhar psicanalítico sobre a amamentação de bebês prematuros na UTI neonatal. *Revista psicologia e saúde*, 13(2), 111-124.
- Freitas, L. S., Padilha, K. B., Gerzson, L. R., & Almeida, C. S. (2022). Avaliação neurológica de recém-nascidos de risco internados em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal. *Fisioterapia Brasil*, 23(2), 247-264.
- Froehlich, L. T. C., Nascimento, N. C., Peruzzolo, D. L., Beltrame, V. H., & Moraes, A. B. (2020). Perfil do bebê e familiares assistidos em um Ambulatório de Seguimento de Prematuros. *Revista Saúde (Sta. Maria)*, 46(2).
- Fucks, I. S., Soares, M. C., Kerber, N. P. C., Meincke, S. M. K., Escobal, A. P. L., & Bordignon, S. S. (2015). A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. *Av Enferm*, 33(1), 29-37.
- Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (2013). Tutoria em Método Canguru. *Manual de Boas Práticas em Método Canguru da FSCMPa*. Belém: FSCMPA.
- Gaiva, M. A. M., Rodrigues, E. C., Toso, B. R. G. O., & Mandetta, M. A. (2021). *Cuidado Integral ao Recém-Nascido Pré-Termo e à Família*. São Paulo: Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras.
- Gherpelli, J. L. D. (2003). Propedêutica neurológica do recém-nascido e sua evolução. *Rev Med.*, 82(1-4), 22-33.
- Gois Filho, E. S., Souza, J. B. A., & Oliveira, H. F. (2021). Aspectos Psicossociais da Gravidez na Adolescência: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 1033-1037.

- Golin, M. O., Souza, F. I. S. D., & Sarni, R. O. S. (2009). Avaliação neurológica pelo método Dubowitz em recém-nascidos prematuros com idade corrigida de termo comparada a de nascidos a termo. *Revista Paulista de Pediatria*, 27, 402-409.
- Gomes, A. L. H. (2001). Vínculo mãe-bebê pré-termo: as possibilidades de interlocução na situação de internação do bebê. *Estilos da Clínica*, 6(10), 89-100.
- Gonzales, R. A. (2018). *A prematuridade como risco de altos índices de morbi-mortalidade neonatal em grávidas na UBS CECAP no Município Limeira, São Paulo* (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Gosselin, J., Gahagan, S., & Amiel-Tison, C. (2005). The Amiel-Tison Neurological Assessment at Term: Conceptual and Methodological Continuity in the Course of Follow-Up. *Mental Retardation And Developmental Disabilities - Research Reviews*, 11(1), 34-51.
- Gozdas, E., Parikh, N. A., Merhar, S. L., Tkach, J. A., He, L., & Holland, S. K. (2018). Altered functional network connectivity in preterm infants: antecedents of cognitive and motor impairments? *Brain Structure and Function*, 223(8), 3665-3680. doi: 10.1007 / s00429-018-1707-0
- Graça, M. E. G. (2021). *Apoio Social para mulheres mães de bebês prematuros em situação de internação hospitalar* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Brasil.
- Graça, M. E. G., & Gutierrez, D. (2020). O papel do apoio social na vivência da maternidade na prematuridade: uma revisão de literatura. In *13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde-Actas* (pp. 571-579). Edições ISPA.
- Grinaboldi, A., Hinnig, P., Moura, S. P. S., & Golin, M. O. (2015). Avaliação neurológica de recém-nascidos pré-termo: correlação com fatores de risco neonatais. *Revista Neurociencias*, 23(2), 267-274.
- Hernández Maldonado, C., & Rosales Rimache, J. (2019, April). Asociación entre embarazo adolescente e hiperbilirrubinemia y bajo peso al nacer: cohorte retrospectiva en un hospital en Perú, 2015-2016. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 80, No. 2, pp. 150-156). UNMSM. Facultad de Medicina.
- Hinojosa-Rodríguez, M., Harmony, T., Carrillo-Prado, C., Van Horn, J. D., Irimia, A., Torgerson, C., & Jacokes, Z. (2017). Clinical neuroimaging in the preterm infant: Diagnosis and prognosis. *Neuroimage Clinical*, 14(16), 355-368. doi: 10.1016/j.nicl.2017.08.015
- Hoffman, L., Bann, C., Higgins, R., & Vohr, B. (2015). Developmental Outcomes of Extremely Preterm Infants Born to Adolescent Mothers. *Pediatrics*, 135(6), 1082-92.
- Horta, K. C., & Soares, A. M. (2020). O desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo ou prematuras. *Brazilian Journal of Development*, 6(8), 58467-58475.

- Horta, K. C., & Soares, A. M. (2021). O desenvolvimento de crianças nascida pré-termo ou prematuras. *Pedagogia em Ação*, 15(1), 19-28.
- Houde, M., Dahdouh, E. M., Mongrain, V., Dubuc, E., Francoeur, D., & Balayla, J. (2015). The effect of adequate gestational weight gain among adolescents relative adults of equivalent body mass index and the risk of preterm birth, cesarean delivery and low birth weight. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 28, 502-507.
- Jesus, R. L. R., Santos, G. M., Barreto, M. T. S., Monteiro, M. J. D. S. D., Silva, R. V. S., & Silva, H. J. N. (2019). Caracterização dos recém-nascidos pré-termo nascidos no estado do Piauí entre 2011 a 2015. *Archives of Health Investigation*, 8(4).
- Kane, S., Miedema, E., Dieleman, M., & Broerse, J. (2019). You have a child who will call you “mama”: understanding adolescent pregnancy in South Sudan. *Global Health Action*, 12(1), 1-11. doi: 10.1080/16549716.2018.1553282
- Karai, A., Gyurkovits, Z., Nyári, T. A., Sári, T., Németh, G., & Orvos, H. (2019). Adverse perinatal outcome in teenage pregnancies: an analysis of a 5-year period in Southeastern Hungary. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32(14), 2376-2379.
- Kassa, G. M., Arowojolu, A. O., Odukogbe, A. A., & Yalew, A. W. (2019). Adverse neonatal outcomes of adolescent pregnancy in Northwest Ethiopia. *PloS one*, 14(6), e0218259.
- Kawakita, T., Wilson, K., Grantz, K. L., Landy, H. J., Huang, C., & Gomes-Lobo, V. (2016). Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy. *Pediatr Adolesc Gynecol*, 29(2), 130-136.
- Kharlukhi, J., Narasimhan, U., James, S., Anitha, F. S., Suresh, S., & Polina, S. I. (2021). Effectiveness of Bedside Clinical Screening Tools in Predicting Short-Term Neurodevelopmental Delay Among Very-Low-Birth-Weight Pre-terms: A Prospective Observational Study. *Cureus*, 13(12).
- Kirbas, A., Gulerman, H. C., & Daglar, K. (2016). Pregnancy in Adolescence: Is it na obstetrical risk? *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 29, 367e371.
- Korenčan S., Pinter, B., Grebenc, M., & Verdenik, I. (2017). The outcomes of pregnancy and childbirth in adolescents in Slovenia. *Zdr Varst*, 56(4), 268-275.
- Kumar, N. R., Danilack, V. A., Ware, C. F., & Phipps, M. G. (2018). Adolescent mothers’ relationships with their mothers and their babies’ fathers during pregnancy and postpartum. *Journal of Child and Family Studies*, 27(9), 2862-2870.
- Lakshmanan, A., Agni, M., Lieu, T., Flugler, E., Friedlich, O. S., McCormick, M. C., & Belfort, M. B. (2017). The Impact of Preterm Birth < 37 Weeks on Parents and Families: a cross sectional study in two years after discharge from the neonatal intensive care unit. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(38), 1-13.
- Lamônica, D. A. C., & Ribeiro, C. D. C. (2021). Prematuridade e o sistema nervoso central. *Teoria, práticas e investigação em intervenção precoce*, 9-23.

- Lamy Filho, F., Silva, A. A. M. D., Lamy, Z. C., Gomes, M. A. S. M., & Moreira, M. E. L. (2008). Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. *Jornal de Pediatria*, 84(5), 428-435.
- Leal, M. C., Esteves-Pereira, A. P., Nakamura-Pereira, M., Torres, J. A., Theme-Filha, M., Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Moreira, M. E., & Gama, S. G. (2016). Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brasil. *Reproductive Health*, 13(suppl 3), 127. doi 10.1186/s12978-016-0230-0
- Leão, L., C., S. (2012). *Tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência: uma condição de dupla imaturidade* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Lei nº 13.798, de 3 de janeiro de 2019. (2019). Acrescenta art. 8º-A à Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para instituir a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. Brasília: Senado Federal. Recuperado de <https://legis.senado.leg.br/norma/30772776/publicacao/30773060>
- Lima, V. D. (2020). *Fatores associados ao baixo peso ao nascer em neonatos de primíparas de um município da Zona da Mata mineira* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Brasil.
- Lopoo, L., M. (2011). Labor and delivery complications among teenage mothers. *Biodemography Soc Biol*, 57(2), 200-20.
- Lotto, C. R., & Linhares, M. B. M. (2018). Contato "pele a pele" na prevenção de dor em bebês prematuros: revisão sistemática da literatura. *Trends in Psychology*, 26, 1699-1713.
- Machado, L. C. Jr., Passini, R. Jr., & Rosa, I. R. M. (2014). Late prematurity: a systematic review. *J Pediatr*, 90(3), 221-31. doi:10.1016/j.jpmed.2013.08.012
- Malgorzata, M. (2015). Impact Of Bonding Questionnaires In An Assessment Of Maternal–Infant Bonding: A Review Of The Literature. *Journal Of Health Visiting*, 3(8).
- Manzini, E. J. (2004). Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. *Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos*, 2, 58-59.
- Manzini, E. J. (2012). Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. *Revista Percurso*, 4(2), 149-171.
- Martins, M. D. S. (2020). *Percepção dos pais sobre compartilhar os cuidados ao filho prematuro na terapia intensiva neonatal* (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Martins, K. P., Freire, M. H. D. S., Pechepiura, E. P., Lage, S. D. M., & Saganski, G. F. (2021). Cuidado e desenvolvimento do recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão de escopo. *Revista Mineira de Enfermagem*, 25, 1-9.

- Marvin-Dowle, K., & Soltani, H. (2020). A comparison of neonatal outcomes between adolescent and adult mothers in developed countries: A systematic review and meta-analysis. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*: X, 6, 100109.
- Méio, M. D., Lopes, C. S., Morsch, D. S., Monteiro, A. P., Rocha, S. B., Borges, R. A., & Reis, A. B. (2004). Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade pré-escolar. *Jornal de Pediatria*, 80, 495-502.
- Melo, A. G. X. (2020, outubro). Espiritualidade/religiosidade no parto na voz das mulheres. *Anais dos Seminários de Iniciação Científica*, (24). doi: <https://doi.org/10.13102/semic.vi24.6732>
- Melo, M. S. B., Oliveira, T. B. C., Noroes, V. B., Pinto, I. C., Parahyba, I. O., & Parahyba Júnior, M. C. (2014, April). Método canguru: da história à implantação no Brasil. In *11º Congresso Internacional da Rede Unida*, Botucatu.
- Melo, V. S., Farias, F. I. R., Melo, E. C. A., Silva, D. P., & Moreira, R. T. F. (2019). Perfil de recém-nascidos prematuros hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Gep News*, 4(4), 54-60.
- Mosayebi, Z., Javidpour, M., Rahmati, M., Hagani, H., & Movahedian, A. H. (2014). The Effect of Kangaroo Mother Care on Pain From Heel Lance in Preterm Newborns Admitted to Neonatal Intensive Care Unit: a Crossover Randomized Clinical Trial. *J Compr Ped.*, 5(4), e22214. <https://dx.doi.org/10.17795/compreped-22214>
- Mota, L. A., Sá, F. E., & Frota, M. A. (2005). Estudo Comparativo de Desenvolvimento Sensorio-Motor de Recém-Nascidos Prematuros da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e do Método Canguru. *RBPS*, 18(4), 191-198.
- Moura, F. D. S., Silva, J. A. Jr., Rolim, A. C. A., Silva, K. L., & Jacob, L. M. S. (2021). Determinantes sociais da saúde relacionados à gravidez na adolescência. *Revista de Saúde Pública*, 4(1), 133-150.
- Munslinger, I. M., Silva, S. M., Bortoli, C. D. F. C., & Guimarães, K. B. (2016). A maternidade na perspectiva de mães adolescentes. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29(3), 357-363.
- Nandy, A., Guha, A., Datta, D., & Mondal, R. (2020). Evolution of clinical method for newborn infant maturity assessment. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(16), 2852-2859. doi: 10.1080/14767058.2018.1560417
- Nascimento, A. C. S. T. (2019). *Práticas de cuidado de familiares com crianças prematuras em uma UTIN: um estudo transcultural* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Brasil.
- Nascimento, C. R. (2018). *Repercussão da posição canguru na relação mãe-criança pré-termo à alta e aos seis meses de idade gestacional corrigida* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

- Ncube, R. K., Barlow, H., & Mayers, P. M. (2016). A Life Uncertain – My Baby's Vulnerability: mothers lived experience of connection with their preterm infants in a Botswana neonatal intensive care unit. *Curationis*, 39(1), a1575.
- Nunes, M. D. S., Madeiro, A., & Diniz, D. (2019). Mortes maternas por aborto entre adolescentes no Piauí, Brasil. *Saúde debate*, 43(123), 1132-1144.
- Ochen, A. M., Chi, P. C., & Lawoko, S. (2019). Predictors of teenage pregnancy namong gilrs age 13-19 years in Uganda: a community based case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(211).
- Okuda, G. T., Cavallieri, F. B., Pereira, A. C. S., Danno, C. H., Takeda, E., & Di Stasi, G. G. (2017). Perfil social e obstétrico de gestantes adolescentes/Social and obstetric profile of pregnant adolescent women< b. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2).
- Oliveira, A. C., Mendonça, R., Carvalho, I., & Peixoto, M. J. (2016). Musicoembriologia: qual o impacto no neurodesenvolvimento infantil. *Nascer E Crescer-Birth And Growth Medical Journal*, 25(3), 159-162.
- Oliveira, B. F. L. D., Oliveira, E. S. D., Rigo, P. R., Santos, P. D., Santos, R. P. D., Simões, A. B., & Abeche, A. M. (2022). Gravidez na adolescência. In *Promoção e proteção da saúde da mulher*, ATM 2025/1(pp. 187-204). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina.
- Oliveira, R. R., Santos, S.S.C. & Melo, E.C. (2016). Nascimento prematuro e assistência pré-natal: revisão integrativa à luz de Canguilhem. *Rev Fund Care Onlin*, 8(3), 4616-4622.
- Ortíz, S. P. R., Niño, B. A. P., Solano, S. A., Ribeiro, P. M., Amaya, C. M. R., & Serrano, L. H. (2019). Caracterización de adolescentes gestantes escolarizadas en instituciones educativas públicas de Bucaramanga, Colombia. *Rev Cuid.*, 10(1), e582. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.582>
- Oyeyemi, A. L., Aliyu, S. U., Sa'ad, F., Rufa'i, A. A., Jajere, A. R. M., & Oyeyemi, A. Y. (2019). Association between adolescent motherhood and maternal and child health indices in Maiduguri, Nigeria: a community-based cross-sectional study. *BMJ open*, 9(3), e024017.
- Papalia, D. E. & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12a ed.). Porto Alegre: AMGH.
- Park, H. Y., Maitra, K., Achon, J., Loyola, E., & Rincón, M. (2014). Effects of early intervention on mental or neuromusculoskeletal and movement-related functions in children born low birthweight or preterm: A meta-analysis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 68(3), 268-276.
- Pickering, J. A., & Sanders, M. R. (2017). Integrating Parents' Views on Sibling Relationships to Tailor an Evidence based Parenting Intervention for Sibling Conflict. *Family Process.*, 56(1),105-25. <https://doi.org/10.1111/famp.12173> PMID: 26333041

- Pinto, K. R. T. F., & Marcon, S. S. (2012). A família e o apoio social recebido pelas mães adolescentes e seus filhos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11, 153-159.
- Pinto, R. C. S. F. (2019). *O vínculo mãe-bebê: uma revisão integrativa de literatura* (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade de Taubaté, Taubaté, Brasil.
- Pires, E. M. (2017). Discursos em Disputa Sobre a Maternidade No Brasil. In *Seminário Internacional Fazendo Gênero*, Florianópolis.
- Porto, M. A., & Pinto, M. J. C. (2019). Prematuridade e vínculo mãe-bebê: uma análise em UTI neonatal. *Perspect Psicol*, 23(1), 139-51.
- Potijk, M. R., Winter, A. F., Bos, A. F., Kerstjens, J. M., & Reijneveld, S. A. (2015). Behavioural and emotional problems in moderately preterm children with low socioeconomic status: a population-based study. *European child & adolescent psychiatry*, 24(7), 787-795.
- Prechtl, H. F. R. (1990). Qualitative changes of spontaneous movements in fetus and preterm infant as a marker of neurological dysfunction. *Earl Hum Dev.*, 23(3), 151-8.
- Prechtl, H. F. R. (2001). General movement assessment as a method of developmental neurology: New paradigms and their consequences. *Dev Med Child Neurol.*, 43(12), 836-842.
- Rêgo, M. H. D. M. (2019). *Resiliência e apego materno-fetal em gestantes adolescentes* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.
- Reis, P. P., Evers, E. C., Mendes, J. O., & Makuch, D. M. V. (2021). Adaptação de mães à prematuridade: revisão integrativa à luz de Roy. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(1), e5827-e5827.
- Restrepo-Méndez, M. C., Lawlor, D. A., Horta, B. L., Matijasevich, A., Santos, I. S., Menezes, A. M. B., Barros, F. C., & Victora, C. G. (2015). The Association of Maternal Age with Birthweight and Gestational Age: A Cross-Cohort Comparison. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 29, 31-40.
- Ribeiro, W. A., Andrade, M., Fassarella, B. P. A., Lima, J. C., Sousa, M. O. S. S., & Fonseca, C. S. G. (2019). A gravidez na adolescência e os métodos contraceptivos: a gestação e o impacto do conhecimento. *Nursing (São Paulo)*, 22(253), 2990-2994. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i253p2990-2994>
- Rivaflecha, L. F. *Adolescência e gravidez: Comportamento clínico-epidemiológico nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde Pedrinhas e Boqueirão do município Icó, Ceará, no período de junho de 2017 a abril de 2018* (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil.

- Roa, E., & Ettenberger, M. (2018). Music therapy self-care group for parents of preterm infants in the neonatal intensive care unit: A clinical pilot intervention. *Medicines*, 5(4), 134.
- Rocha, R. C. L. D., Souza, E. D., Guazzelli, C. A. F., Chambô Filho, A., Soares, E. P., & Nogueira, É. D. S. (2006). Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28, 530-535.
- Rtischeva, M. S., Lazurenko, S. B., Pronicheva, E. E., & Belyaeva, I. A. (2017). P283 Mother and preterm infant: special aspects of early motherhood adaptation. *Archives of Disease in Childhood*, 102(suppl. 2).
- Sales, I. M. M., Santos, J. D. M., Rocha, S. S. D., Gouveia, M. T. D. O., & Carvalho, N. A. R. D. (2018). Contribuições da equipe enfermagem na segunda etapa do Método Canguru: Implicações para a alta hospitalar do recém-nascido. *Escola Anna Nery*, 22.
- Sámano, R., Martínez-Rojano, H., Chico-Barba, G., Sánchez-Jiménez, B., Illescas-Zarate, D., & Rodríguez-Ventura, A. L. (2019). Characteristics of the Family Support Network of Pregnant Adolescents and Its Association with Gestational Weight Gain and Birth Weight of Newborns. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16(7), 1222. doi:10.3390/ijerph16071222.
- Sampaio, A. F. S., Rocha, M. J. F., & Leal, E. A. S. (2018). Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, 18(3), 559-566.
- Sanches, M. T. C., Costa, R., Azevedo, V. M. G. D. O., Morsch, D. S., & Lamy, Z. C. (2015). Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública. In *Método canguru no Brasil: 15 anos de política pública*. São Paulo: Instituto de Saúde.
- Santos, L. A. V., Lara, M. O., Lima, R. C. R., Rocha, A. F., Rocha, E. M., Glória, J. C. R., & Ribeiro, G. D. C. (2018). História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 23(2), 617-625.
- Santos, L. M., Conceição, T. B., Gomes, A. S., Silva, C. S. G., Ramos, M. S, Passos, S. S., & Santos, S. S. B. S. (2021). Caracterização de nascidos vivos prematuros em um município do nordeste brasileiro. *Rev Soc Bras Enferm Ped.*, 21(2), 85-90.
- Santos, N. L. A. C., Costa, M. C. O., Amaral, M. T. R., Vieira, G. O., Bacelar, E. B., & Almeida, A. H. V. (2014). Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 719-726.
- Santos, R. J. (2018). *Prematuridade no Brasil: um estudo epidemiológico no período de 2007 a 2016* (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.
- Sarnat, H. B., & Netsky, M. G. (1984). Hypothesis: phylogenetic diseases of the nervous system. *Canadian journal of neurological sciences*, 11(1), 29-33.

- Saur, B. (2016). *Relação entre vínculo de apego, cognição e desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil.
- Saur, B., Bruck, I., Antoniuk, S. A., & Riechi, T. I. J. S. (2018). Relação entre vínculo de apego e desenvolvimento cognitivo, linguístico e motor. *Psico*, 49(3), 257-265. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2018.3.27248>
- Schiavo, R. A., Rodrigues, O. M. P. R., Santos, J. S., Antonucci, J. M., Mormanno, C., & Pereira, V. A. (2020). Fatores materno-infantis associados ao desenvolvimento de bebês prematuros e a termo. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(4), 141-157.
- Schmitt, G. M., Gonçalves, H. C. B., Silva, J. D. I., Soares, P. P. D., Vieira, R. S., Ribeiro, V., & Cozac, E. E. (2018). Consequências da gravidez na adolescência: uma sociedade conservadora. *CIPEEX*, 2, 1099-1108.
- Scopesi, A., Viterbori, P., Sponza, S., & Zucchinetti, P. (2004) Assessing Mother-To-Infant Attachment: The Italian Adaptation Of A Self-Report Questionnaire. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 22(2), 99-109.
- Sebastini, M., & Ceriani, J. (2008). Aspectos bioeticos en el cuidado de los recién nacidos extremadamente prematuros. *Revista Argentina de Pediatría*, 106(3), 242-248. doi <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v106n3/v106n3a10.pdf>
- Shahabuddin, A., Nostlinger, C., Delvaux, T., Sarker, M., Delamou, A., Bardaji, A., Broerse, J. E. W., & Brouwere, V. D. (2017). Exploring Maternal Health Care-Seeking Behavior of Married Adolescent Girls in Bangladesh: A Social-Ecological Approach. *PLoS ONE*, 12(1), e0169109.
- Silva, A. S. P. D. (2012). *A importância do toque como factor determinante do estabelecimento da relação mãe-bebê em díades pré-termo* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Silva, B. A. A. D., & Braga, L. P. (2019). Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. *Rev. SBPH*, 22(1), 258-279.
- Silva, D. V. D., & Salomão, N. M. R. (2003). A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8, 135-145.
- Silva, K. M. V. D. (2019). *Prevalência de baixo peso ao nascer no período de 2012 a 2016, na cidade de Uberlândia, Minas Gerais* (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Uberlândia. Minas Gerais, Brasil.
- Silva, N. D. S. H., Lamy Filho, F., Gama, M. E. A., Lamy, Z. C., Pinheiro, A. L., & Silva, D. N. (2011). Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. *Journal of Human Growth and Development*, 21(1), 85-98.

- Silva, S. C., Martins, L. M., Bernardino, F. B. S., Freitas, B. H. B. M., Pinto, F. A. J., & Gaíva, M. A. M. (2021). Perfil clínico de neonatos admitidos em uma unidade de terapia intensiva neonatal Clinical profile of neonates admitted to a neonatal intensive care unit. *Brazilian Journal of Development*, 7(12), 119510-119521.
- Silva, V., & Silva, A. (2003). Desarrollo motor de bebé: efecto de un programa sensoriomotor en prematuros en unidades de CTI. *Journal Performace & Fitness*, 2(4), 207-212.
- Silveira, M. F., Matijazevit, A., Horta, B., & Bettiol, H. (2013). Prevalência de Nascimentos Pré-termo por Peso ao Nascer: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*, 47(5), 992-1000.
- Sociedade Brasileira de Pediatria (2020). *Novembro: mês da prevenção da prematuridade. Mensagem aos pediatras brasileiros*. Rio de Janeiro: SBP.
- Sousa, C. R. O., Gomes, K. R. O., Silva, K. C. O., Mascarenhas, M. D. M., Rodrigues, M. T. P., Andrade, J. X., & Leal, M. A. B. F. (2018). Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez. *Cad Saúde Colet.*, 26(2), 160-9. Available from <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v26n2/1414-462X-cadsc-26-2-160.pdf>
- Sousa, Y. S. O. (2021). O uso do software iramutec: fundamentos de lexicometria para pesquisas qualitativas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 21(4).
- Souza, C. B. D. (2020). *Predição de risco para dificuldades motoras em prematuros com idade pré-escolar pelo General Movement Assessment* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Souza, D. M. L., Maia, L. C. S., Zêgo, Z. D. F., Jaeger, G. P., & Maciel, W. S. (2019). Prevalência de prematuridade e fatores associados no estado do Rio Grande do Sul. *Braz. J. Hea. Rev.*, 2(5), 4052-4070.
- Spacov, I. C. G., & Silva, I. J. (2021). Religiosidade e relacionamento afetivo: a formação da identidade de gênero. In F. A. Almeida (Org.). *Ciências das Religiões: uma análise transdisciplinar* (Vol. 2). São Paulo: Científica.
- Sychareun, V., Vongxay, V., Houaboun, S., Thammavongsa, V., Phummavongsa, P., Chaleunvong, K. & Durham, J. (2018). Determinants of adolescent pregnancy and access to reproductive and sexual health services for married and unmarried adolescents in rural Lao PDR: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(219).
- Taborda, J. A., Silva, F. C., Ulbricht, L., & Neves, E. B. (2014). Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando as diferenças sócio-econômicas entre elas. *Cad. Saúde Coletiva*, 22(1), 16-24.
- Tamez, R. (2002). O cuidado centrado na família no cenário da terapia intensiva neonatal. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.*, 2(2), 69-73.

- Tamez, R. N. (2009). *Intervenções no cuidado neuropsicomotor do prematuro: UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Testoni, T. T., & Aires, L. C. P. (2018). O Método Canguru como um veículo para o empoderamento materno. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 2, 611-619.
- Thomas, A., Chesni, Y., & Dargassies S. (1960). The neurological examination of the infant. *Clinics in Developmental Medicine*, 1, 1-50.
- Tiba, I. (2010). *Adolescentes: quem ama, educa!* São Paulo: Integrare.
- Toledo, W. M. L. H., & Ribeiro, A. C. P. (2021). Prematuramente Mãe: O Impacto no Psiquismo Materno na Vivência do Parto Prematuro. *Cadernos de Psicologia*, 2(4).
- Toni, P. M., Salvo, C. G., Marins, M. C., & Weber, L. N. D. (2004). Etologia humana: o exemplo do apego. *Psico-USF*, 9(1), 99-104.
- Toso, B. R. G. O, Viera, C. S., & Machineski, G. G. (2021). Determinação Social da Saúde Perinatal e Neonatal e Políticas Públicas para Redução da Prematuridade. In M. A. M. Gaiva, E. C. Rodrigues, B. R. G. O. Toso, & M. A. Mandetta. *Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família* (pp. 34-52). Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras.
- Trubian, F., Lodi, M. N., Sangali, C. C., Rodrigues, L. M., & Saccani, R. (2021). Avaliação do Desenvolvimento Motor de Crianças Nascidas Prematuras: Impacto de Fatores de Risco Maternos. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 25(3), 579-588.
- United Nations Children's Fund. (2008b). *State of the world's children 2009: maternal and newborn health*. New York: UNICEF.
- Urrutigaray, M. C. (2016). *Desenvolvimento da infância e adolescência*. Rio de Janeiro: SESES.
- Van Bussel, J. C. H., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2010). Three Self-Report Questionnaires Of The Early Mother-To-Infant Bond: Reliability And Validity Of The Dutch Version Of The Mpas, Pbq And Mibs. *Arch Womens Ment Health*, 13, 373-384.
- Venâncio, S. I., & Almeida, H. D. (2004). Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *J Pediatr*, 80(5), S173-80.
- Veras, D. S. (2019). *Perfil clínico de recém-nascidos em uma unidade de terapia intensiva neonatal no Amazonas, norte do Brasil: Estudo observacional, retrospectivo* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Brasil.
- Veronez, M., Borghesan, N. A. B., Corrêa, D. A. M., & Higarashi, I. H. (2017). Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2).

- Vogel, J. P., Chawanpaiboon, S., Moller, A. B., Watananirun, K., Bonet, M., & Lumbiganon, P. (2018). The global epidemiology of preterm birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 52, 3-12.
- Von Grafen, B. V., Gomes, J. S., Lorenzoni, A. M. C., Strassburger, S. Z., Ferreira, P. F., & Campanaro, M. P. (2017). Fatores de Risco para Nascimentos Pré-Termo em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. In *XXII Jornada de Pesquisa*, Ijuí, Rio Grande do Sul.
- Whitfield, M. F. (2003). Cuidados centrados na família em apoio ao desenvolvimento de bebês de alto risco e suas famílias. Comentários sobre Als, Westrup, Mallik & Spiker. Academia Real de Medicina do Canadá BC Children's Hospital & University of British Columbia. In *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância – Prematuridade*.
- World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research (2019). *Adolescent Pregnancy*. Geneva: WHO. www.who.int/reproductivehealth
- World Health Organization. (2007). *Neonatal and Perinatal mortality: country, regional and global estimates 2004*. Geneva: WHO.
- Yunes, M. A. M., & Juliano, M. C. (2010). A bioecologia do desenvolvimento humano e suas interfaces com educação ambiental. *Cadernos de educação*, 37, 347-379.
- Zanettini, A., Souza, J. B., & Aguiar, D. M. (2017). As interfaces das vivências da primeira experiência de mães adolescentes e adultas. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 7. <https://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1987>
- Zeoti, F. S. (2011). *Apego materno-fetal e indicadores emocionais em gestantes de baixo e alto risco: um estudo comparativo* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP-FSCMPa

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Cuidado de Bebês Prematuros e de Baixo Peso Atendidos em uma Unidade Materno Infantil: Desenvolvimento e Vinculações

Pesquisador: Gabriela Ribeiro Barros de Farias

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 95670918.5.0000.5171

Instituição Proponente: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.944.186

Apresentação do Projeto:

Programa de pós graduação da Teoria e pesquisa do comportamento. Caracteriza-se como um estudo longitudinal, de caráter quali-quantitativo, descritivo e exploratório; o qual propõem uma análise da correlação entre vínculo, cuidado, comportamento e desenvolvimento do bebê e de sua respectiva família para a promoção da qualidade de vida e saúde da criança com histórico de prematuridade e baixo peso, colaborando para o cuidado humanizado e uma assistência materno-infantil efetiva e contextualizada na realidade da região amazônica. A pesquisa objetiva analisar a estruturação do apego e/ou vínculo ao processo de desenvolvimento neuropsicomotor, comportamento e cuidado entre bebês pré-termos e de baixo peso e sua família, utilizando entrevista semi-estruturada, ficha de dados sociodemográficos e inventário ou protocolo de registro do desenvolvimento, comportamento, temperamento, vínculo, também irá registrar em diário de pesquisa os cuidados destinados ao bebê pré-termo e de baixo peso desempenhados pela família ou cuidador principal.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a estruturação do apego e/ou vínculo ao processo de desenvolvimento neuropsicomotor, comportamento e cuidado entre bebês pré-termos e de baixo peso e sua família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o exigido pela Res. 466/12.

Endereço: Tv. Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

Fax: (91)4009-0328

E-mail: cep.fscmp@gmail.com

**FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA**



Continuação do Parecer: 2.944.186

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Avaliada emenda de inclusão de novo membro/pesquisador ao projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória presentes e de acordo com o exigido.

Recomendações:

Nenhum comentário ou consideração a ser efetuado, considerando os aspectos éticos avaliados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência ou inadequação ética foi identificada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Submissão de ementa para inclusão de novo pesquisador. Este colegiado acompanha o parecer emitido pela relatoria.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1231038_E1.pdf	01/10/2018 12:20:29		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostofinalpb.pdf	10/08/2018 16:29:16	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito
Outros	Temperamento.pdf	06/08/2018 18:41:53	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito
Outros	ROTEIRODEENTREVISTASEMI.pdf	06/08/2018 18:41:18	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito
Outros	Bayle.pdf	06/08/2018 18:40:13	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito
Outros	Avaliacoadapersonalidade.pdf	06/08/2018 18:39:48	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito
Outros	Dadosociodemograficos.pdf	06/08/2018 18:39:24	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito
Outros	Inventariodeansiedadeedepressao.pdf	06/08/2018 18:39:03	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito
Outros	MAI.pdf	06/08/2018 18:38:39	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito
Outros	Apegopai.pdf	06/08/2018 18:38:21	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito
Outros	APEGOMATERNOFETAL.pdf	06/08/2018 18:37:49	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito
Outros	Dubowitz.pdf	06/08/2018 18:37:20	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito

Endereço: Tv. Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

Fax: (91)4009-0328

E-mail: cep.fscmp@gmail.com

**FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA**



Continuação do Parecer: 2.944.186

Outros	Termodeusodedados.pdf	06/08/2018 18:36:21	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito
Outros	TCUDstacasa.pdf	06/08/2018 18:35:27	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoSantaCasa.docx	06/08/2018 18:34:48	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito
Orçamento	Orcamentodetalhado.pdf	06/08/2018 18:33:55	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito
Cronograma	Cronogramadetalhado.pdf	06/08/2018 18:33:30	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeassentimento.pdf	06/08/2018 18:33:10	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/08/2018 18:32:48	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoGuardachuvaFSCMPAGeral.pdf	06/08/2018 18:32:25	Gabriela Ribeiro Barros de Farias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 05 de Outubro de 2018

Assinado por:
JORGE YUICHI TAKATA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Tv. Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

Fax: (91)4009-0328

E-mail: cep.fscmp@gmail.com

Anexo B - Ficha de Dados Sócio Demográficos e Clínicos

1. IDENTIFICAÇÃO MÃE

Nome (codificação mãe): _____ M_____

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Tel: _____ Procedência: _____

Escolaridade: () EF () EFI () EM () Outros: _____

Estado civil: () solteira () casada () outros: _____

Naturalidade: _____ Religião: _____

Profissão / Ocupação Atual: _____

Composição familiar: _____

Histórico pré-natal: _____

Tempo de Permanência Hospitalar: _____

Outros Filhos: () Não () sim, quantos? _____ Tipo de Parto: () PV () PC

Intercorrências no parto: _____

Renda Familiar: _____

Rede social de apoio: _____

2. IDENTIFICAÇÃO BEBÊ – B_____

Enfermaria: () UC Ico () UC Ica

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () M () F

IGN: _____ Peso de Nascimento: _____

APGAR: 1' _____ 5' _____

Histórico clínico: _____

Tipo de alimentação: () sonda () copinho () LME () mista, quais? _____

IGC: _____

Condições de saúde geral: _____

Exames Realizados: () ROP () TAN () Linguinha () USTF () outros

OBS: _____

Data: ____/____/____

ANEXO C - ROTEIRO DE ENTREVISTA 1 (tempo médio – na admissão do bebê na unidade neonatal) (Adaptado de Leão, 2012)

Cód.de Identificação: M _____ Registro do Bebê: _____

Tempo de Internação: _____

Data: ____/____/____

PERCEPÇÕES MATERNAS NA UCIN Co:

Categoria 1 - Permanência do bebê e da mãe no Hospital (impactos da hospitalização)

1. O que aconteceu para que seu bebê (e você) ficasse no hospital?
2. Como está o estado de saúde atual do bebê?
3. Alguém conversou com você sobre as etapas para que seu bebê tenha alta?
4. Você permanece com seu bebê na unidade? Quantas vezes na semana você vem? Quanto tempo você fica? O que fica fazendo quando está aqui?
5. Além de você, quem também costuma ficar com o bebê?
6. Você sente dificuldades em vir ao hospital? Quais?
7. O que tem sido mais difícil pra você nesta fase?

Categoria 2 - Rotina da Unidade Neonatal

1. Você acompanha os procedimentos realizados pela equipe de saúde?
2. Como se sente em acompanhar os procedimentos? O que você faz?
3. Quais os são os profissionais que você identifica na rotina da unidade e que cuidam do seu bebê?
4. Alguém te explica o que vai realizar com seu bebê?
5. Tem horários estabelecidos para realizar alguma tarefa solicitada pela equipe de saúde?
6. Alguém te ajuda na relação com seu bebê?

Categoria 3 - Cuidados com o bebê

1. Que tarefas você tem assumido na rotina de cuidados com o bebê?
2. Quando você está com o bebê, costuma: Tocar? Acariciar? Pegar no colo? O que?
3. Você acha que o bebê percebe sua presença? Seus cuidados? Como?
4. Você conhece quais os cuidados são necessários para ajudar seu bebê a ganhar peso e melhorar sua saúde?
5. Alguém da equipe te explicou sobre os cuidados contingentes que ajudam na recuperação do seu bebê? Quais?
6. Quando o bebê chora, como você faz para consolá-lo/acalmá-lo?
7. Como está sendo a alimentação do bebê?
8. Como está sendo a higiene do bebê na troca de fraldas?
9. E o banho?
10. Você consegue aninhá-lo na incubadora?
11. Algum outro cuidado que você considere importante?

Categoria 4 - Estados de consciência e interação mãe-bebê

1. Como está o sono do bebê?
2. Você consegue fazê-lo dormir?
3. Qual a posição que ele mais gosta de dormir?
4. Quando ele está acordado você conversa ou sorri para o bebê?
5. Como o bebê reage quando você conversa ou sorri para ele?

Categoria 5 - Rede de apoio

1. Em relação ao pai do bebê, ele participa dos cuidados? Qual a sua relação com ele?
2. Algum membro da sua família está te apoiando nesta fase?
3. Quem poderá colaborar com os cuidados com o bebê após a alta do hospital?
4. Você se sente segura em realizar sozinha os cuidados com seu bebê? Explique.
5. Quais os planos para a sua vida a partir de agora?
6. Que planos você tem para seu bebê?

Categoria 6 - Você gostaria de fazer algum comentário? (mãe livre para relatar suas percepções)

ANEXO D - ROTEIRO DE ENTREVISTA 2 (Semana de alta da unidade Canguru)

(Adaptado de Leão, 2012)

Cód.de Identificação: M _____ Registro do Bebê: _____

Tempo de Internação: _____

Data: ____/____/____

PERCEPÇÕES MATERNAS NA UCIN Ca:

Categoria 1 - Permanência do bebê e mãe no Hospital (impactos da hospitalização)

1. Como você descreve a sua trajetória dentro do hospital?
2. Atualmente, como está a saúde do bebê?
3. Qual a sua rotina na Unidade Canguru?
4. Quando você não está cuidando do bebê, você faz o quê?
5. Você entende a necessidade do seu bebê está na unidade canguru? Alguém já conversou com você sobre isso?
6. O que tem sido mais fácil/difícil pra você nesta fase?
7. Você recebeu alguma orientação para preparar o bebê para a alta hospitalar?
8. Você consegue descrever quais as próximas etapas e/ou ações que você deverá realizar quando o bebê sair de alta?

Categoria 2 - Rotina da UCIN Ca

1. Você acompanha as orientações realizadas pela equipe de saúde?
2. Quais os são os profissionais que você identifica na rotina da unidade e que cuidam do seu bebê?
3. Alguém te explica o que vai realizar com seu bebê?
4. Tem horários estabelecidos para realizar alguma tarefa solicitada pela equipe de saúde?
5. Alguém te ajuda na relação com seu bebê? Especialmente quando você está cansada ou quando o bebê está muito descompensado.

Categoria 3 - Cuidados com o bebê

1. Que tarefas você tem assumido na rotina de cuidados com o bebê?
2. Quais os cuidados mais importantes para ajudar seu bebê para receber alta?
3. Alguém da equipe te explicou sobre os cuidados contingentes que ajudam na recuperação do seu bebê? Quais?
4. Quando o bebê chora, como você faz para consolá-lo/acalmá-lo?
5. Como está sendo a alimentação do bebê? Já iniciou amamentação?
6. Como está sendo a higiene do bebê na troca de fraldas?
7. E o banho?
8. Você consegue aninhá-lo no berço?
9. Você realiza a posição canguru? Com que frequência?
10. Algum outro cuidado que você considere importante?

Categoria 4 - Estados de consciência e interação mãe-bebê

1. Como está o sono do bebê?
2. Você consegue fazê-lo dormir?
3. Qual a posição que ele mais gosta de dormir?
4. Quando ele está acordado você conversa ou sorri para o bebê?
5. Como o bebê reage quando você conversa ou sorri para ele?

Categoria 5 - Rede de apoio

1. Em relação ao pai do bebê, ele participa dos cuidados? Qual a sua relação com ele? Ele te visita?
2. Algum outro membro da sua família vem te visitar?
3. Quem poderá colaborar com os cuidados com o bebê após a alta do hospital? Esta pessoa já foi orientada sobre os cuidados?
4. Você se sente segura em realizar sozinha os cuidados com seu bebê? Explique.
5. Quais os planos para a sua vida a partir de agora?
6. Que planos você tem para seu bebê?

Categoria 6 - Você gostaria de fazer algum comentário? (mãe livre para relatar suas percepções)

ANEXO E – Escala de Apego Materno Pós-natal

Escala de Apego Materno Pós-natal

Estas perguntas estão relacionadas aos seus sentimentos e pensamentos sobre o bebê.

Por favor, marque apenas uma alternativa para cada pergunta.

(Condon e Corckindale, 1998)

PM1 Quando estou cuidando do bebê, eu me sinto irritada: ☐ Com muita frequência ☐ Frequentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca PM2 Quando eu estou cuidando do bebê eu sinto que a criança está deliberadamente sendo difícil e tentando me chatear: ☐ Com muita frequência ☐ Frequentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Muito raramente ☐ Nunca PM3 Durante as duas últimas semanas, eu descreveria os meus sentimentos pelo bebê como: ☐ De não gostar ☐ Sem sentimentos fortes pelo bebe ☐ Uma pequena afeição ☐ Uma afeição moderada ☐ Uma intensa afeição PM4 Levando em consideração o meu nível de interação com o bebê, eu: ☐ Me sinto muito culpada por não estar mais envolvida ☐ Sinto uma culpa moderada por não estar mais envolvida ☐ Sinto pouco culpada por não estar mais envolvida ☐ Eu não tenho nenhum sentimento de culpa relacionado a isto	PM5 Quando eu interajo com o bebê eu me sinto: ☐ Muito incompetente e insegura ☐ Moderadamente incompetente e insegura ☐ Moderadamente competente e segura ☐ Muito competente e segura PM6 Quando eu estou com o bebê eu me sinto tensa e ansiosa: ☐ Com muita frequência ☐ Frequentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Quase nunca PM7 Quando eu estou com o bebê na presença de outra pessoa, me sinto orgulhosa da criança: ☐ Como muita frequência ☐ Frequentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Quase nunca PM8 Eu tento me envolver para brincar com o bebê na medida do possível: ☐ Verdadeiro ☐ Falso PM9 Quando eu tenho que deixar o bebê: ☐ Eu geralmente me sinto triste (ou é difícil deixar) ☐ Muitas vezes eu me sinto triste (ou é difícil sair)) ☐ Eu tenho sentimentos mistos de tristeza e alívio ☐ Muitas vezes eu me sinto aliviado (e fácil sair) ☐ Eu geralmente me sinto aliviado (e fácil sair)
--	--

PM10 Quando estou com o bebê: ☐ Eu sempre tenho prazer/satisfação ☐ Muitas vezes tenho muito prazer/satisfação ☐ Ocasionalmente tenho prazer/satisfação ☐ Eu raramente tenho prazer/satisfação PM11 Quando eu não estou com o bebê, eu me encontro pensando sobre ele: ☐ Quase todo o tempo ☐ Muito frequentemente ☐ Frequentemente ☐ Ocasionalmente ☐ De modo algum PM12 Quando estou com o bebê: ☐ Eu costumo tentar prolongar o tempo que eu passo com ele/ela ☐ Eu costumo tentar encurtar o tempo que eu passo com ele/ela PM13 Quando eu estive longe do bebê por um tempo e estou prestes a estar com ele/ela novamente, eu costumo sentir: ☐ Prazer intenso com a idéia ☐ Prazer moderado com a idéia ☐ Prazer leve com a idéia ☐ Prazer nenhum com a ideia ☐ Sentimentos negativos com a ideia PM14 Eu agora penso no bebê como: ☐ Muito como meu próprio bebê ☐ Um pouco como meu próprio bebê ☐ Ainda não penso nada como meu próprio bebe PM15 sobre as coisas que tivemos que desistir por causa do bebê: ☐ Eu lamento muito ☐ Eu lamento de uma forma moderada ☐ Eu lamento um pouco ☐ Eu não lamento nada	PM16 Nos três últimos meses, eu tenho sentido não ter tempo suficiente pra mim ou para ir em busca de meus próprios interesses: ☐ Quase o tempo todo ☐ Muito frequentemente ☐ Ocasionalmente ☐ De modo algum PM17 Cuidar deste bebê é um fardo pesado de responsabilidade. Eu acredito que isto é: ☐ Muito mais ☐ De alguma forma sim ☐ Um pouco ☐ De modo algum PM18 Eu confio em meu próprio julgamento em decidir o que o bebê precisa: ☐ Quase nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Na maioria das vezes ☐ Quase todo o tempo PM19 Geralmente quando estou com o bebê: ☐ Eu sou muito impaciente ☐ Sou um pouco impaciente ☐ Sou moderadamente paciente ☐ Sou extremamente paciente
---	---

ANEXO F - EXAME NEUROLÓGICO NEONATAL DE HAMMERSMITH

Avaliação Neurológica Neonatal de Hammersmith
 Nome: _____ Sexo: _____ Raça: _____ Código: _____ DOE: _____
 DOB: _____ Idade: _____ IG: _____
 BW: _____

Postura e Tônus

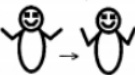
						E	A
POSTURA Bebê em supino. Observar, principalmente, a posição das pernas, mas, também, observe os braços. Pontuar a postura predominante.	Braços e pernas estendidas ou levemente fletidas 	Pernas levemente fletidas 	Pernas bem fletidas, mas não aduzidas 	Pernas bem fletidas e aduzidas perto do abdômen 	Postura anormal: a) opistôtonus b) marcada pela extensão das pernas e forte flexão dos braços 		
RECUO DE BRAÇO Pegar ambas as mãos, rapidamente estender os braços paralelamente ao corpo, contar até três e soltar. Repetir três vezes.	Braços não fletem 	Braços fletem levemente, não sempre e não completamente 	Braços fletem lentamente, mas completo 	Braços fletem rapidamente e completamente 	Braços com dificuldade para estender, com volta abrupta 		
TRAÇÃO DE BRAÇO Envolver o punho e puxar o braço para cima. Observar a flexão do cotovelo e a resistência dos ombros para levantar da mesa. Testar cada lado separadamente.	Braço permanece esticado, resistência não é sentida.  D E	Braço levemente fletido ou com alguma resistência sentida.  D E	Braço bem fletido até elevação dos ombros, seguido por retificação do braço  D E	Braço com flexão aproximada de 100°, mantendo os ombros elevados  D E	Flexão do braço menor que 100°, mantendo o corpo elevado  D E		
RECUO DE PERNA Pegar os dois tornozelos com uma mão, flexionar o quadril e os joelhos. Estender rapidamente e soltar. Repetir três vezes.	Não flexiona 	Flexão incompleta ou variável 	Flexão completa mas lenta 	flexão rápida e completa 	Dificuldade de estender as pernas, volta abrupta 		
TRAÇÃO DE PERNA Envolver o tornozelo e lentamente puxar a perna para cima. Observar a flexão dos joelhos e a resistência do quadril para elevação. Testar cada lado separadamente.	Perna retificada, sem resistência sentida  D E	Perna lentamente fletida ou alguma resistência sentida  D E	Perna bem fletida até elevação do quadril  D E	Joelhos fletidos, permanecendo fletido quando o quadril é elevado  D E	Sustentação da flexão no retorno e o quadril fica elevado  D E		
ÂNGULO POPLÍTEO Fixar o joelho no abdômen, estender a perna através de uma pressão gentil realizada com o dedo indicador atrás do tornozelo. Observar o ângulo do joelho. Testar cada lado separadamente.	 180° D E	 ≈150° D E	 ≈150° D E	 ≈90° D E	 <90° D E		

CONTROLE DE CABEÇA (1) (tônus extensor) Bebê sentando na vertical. Envolver o tronco com ambas as mãos pelos ombros. Deixe a cabeça cair adiante.	Sem esforço para levantar a cabeça 	Bebê tenta: esforço é melhor sentido visualizado 	Levanta a cabeça mas cai para frente e para trás 	Levanta a cabeça: permanece na vertical; pode oscilar 		
CONTROLE DE CABEÇA (2) (tônus flexor) Bebê sentando na vertical. Envolver o tronco com ambas as mãos pelos ombros. Deixe a cabeça cair para trás.	Sem esforço para levantar a cabeça 	Bebê tenta: esforço é melhor sentido visualizado 	Levanta a cabeça mas cai para frente e para trás 	Levanta a cabeça: permanece na vertical; pode oscilar 	Cabeça na vertical ou estendida; não pode ser fletida passivamente	
RESPOSTA A TRAÇÃO Puxar o bebê para a posição sentada pela tração dos punhos e suportar levemente a cabeça. Também observar a flexão dos braços.	Cabeça caída e mantida atrás 	Tenta elevar a cabeça, mas ela cai para trás 	Capaz de levantar levemente a cabeça 	Levanta a cabeça até a linha do corpo 	Cabeça a frente do corpo 	
SUSPENSÃO VENTRAL Segurar o bebê em suspensão ventral. Observe as costas, flexão dos membros e a relação da cabeça e tronco. Se observar algo diferente, DESENHE.	Costas curvada, cabeça e membros pendurados retos 	Costas curvada, cabeça e membros levemente fletidos 	Costas levemente curvada, membros fletidos 	Costas reta, cabeça alinhada com tronco, membros fletidos 	Costas reta, cabeça acima do tronco 	

Padrões de tônus

TÔNUS FLEXOR (1) (na tração: braço X perna) Comparar pontuação da tração de braço com tração de perna		Pontuação da flexão de braço menor que flexão de perna	Pontuação de flexão de braço igual a flexão de perna	Pontuação para flexão de braço maior que flexão de perna, mas com diferença de 1 coluna ou menos	Pontuação para flexão de braço maior que flexão de perna, mas com diferença de mais de 1 coluna	
TÔNUS FLEXOR (2) (braço X perna) Postura em supino			Braços e pernas fletidos	Forte flexão dos braços com forte extensão das pernas – contínua	Forte flexão dos braços com forte extensão das pernas – contínua	
TÔNUS EXTENSOR DA PERNA Comparar a pontuação da tração de perna e ângulo poplíteo		Pontuação da tração de perna maior que pontuação do ângulo poplíteo	Pontuação da tração de perna igual a pontuação do ângulo poplíteo	Pontuação da tração de perna maior que pontuação do ângulo poplíteo, por apenas 1 coluna	Pontuação da tração de perna maior que pontuação do ângulo poplíteo, por mais de 1 coluna	
TÔNUS EXTENSOR CERVICAL (sentado) Comparar a pontuação do controle de cabeça 1 e 2		Pontuação da extensão de cabeça menor que flexão de cabeça	Pontuação de extensão de cabeça igual a flexão de cabeça	Pontuação de extensão de cabeça maior que flexão de cabeça, mas 1 coluna diferente ou menos	Pontuação da extensão de cabeça maior que flexão de cabeça, mas com diferença maior que 1 coluna	
TÔNUS EXTENSOR AUMENTADO (horizontal) Comparar pontuação da resposta à tração e suspensão ventral		Pontuação para suspensão ventral menor que resposta à tração	Pontuação para suspensão ventral igual a resposta à tração	Pontuação para suspensão ventral maior que resposta à tração, mas com diferença de 1 coluna ou menos	Pontuação para suspensão ventral maior que resposta à tração, mas com diferença maior que 1 coluna	

Reflexos

REFLEXOS TENDÍNEOS Testar bíceps, joelho e tomazelo	Ausente	Sentido, mas não visualizado	Visualizado	"Exagerado" (muito ativo)	Clônus		
SUCÇÃO/GAG Introduzir o dedo mínimo na boca com a polpa do dedo para cima	Sem mordida, sem sucção	Apenas sucção fraca e irregular, no stripping	Sucção regular e fraca <u>Some stripping</u>	Sucção forte: a) irregular b) regular <u>Good stripping</u>	Sem sucção mas forte fechamento		
PRENSÃO PALMAR Coloque o dedo indicador na palma da mão e pressione gentilmente. Não toque a superfície dorsal. Teste cada lado separadamente.	Sem resposta D E	Curta e fraca flexão dos dedos D E	Forte flexão dos dedos D E	Forte flexão dos dedos, ombros ↑ D E	Preensão muito forte; bebê pode ser levantado da maca D E		
PRENSÃO PLANTAR Pressione com o polegar a sola, abaixo dos dedos. Teste cada lado separadamente.	Não responde D E	Flexão plantar parcial dos dedos D E	Dedos são curvados ao redor do dedo do examinador D E				
COLOCAÇÃO PLANTAR Levantar o bebê para a posição vertical e bater o dorso do pé contra o canto de uma superfície plana. Testar cada lado separadamente.	Sem resposta D E	Apenas dorsiflexão de tornozelo D E	Completa resposta de colocação com flexão do quadril e joelho e colocação da sola na superfície D E				
REFLEXO DE MORO Uma mão suporta a cabeça do bebê na linha média e a outra nas costas. Levantar o bebê à 45° e quando o bebê estiver relaxado, deixe a cabeça cair por volta de 10°. Observe a queda. Repetir 3 vezes.	Sem resposta ou apenas abre as mãos	Abdução dos ombros completa e extensão dos braços; adução 	Abdução completa mas apenas parcial ou deficiente adução 	Parcial abdução dos ombros e extensão dos braços seguida por adução lisa 	- mínima abdução ou adução - sem abdução ou adução; apenas extensão dos braços para cima - marcada por adução, apenas 		

Movimentos

MOVIMENTOS ESPONTÂNEOS (quantitativo) Observar o bebê em supino.	Sem movimento	Movimentos esporádicos, curtos e isolados	Movimentos isolados frequentes	Movimentos generalizados frequentes	Movimentos contínuos exagerados		
MOVIMENTOS ESPONTÂNEOS (qualitativo) Observar o bebê em supino.	Apenas extensão	Extensões e movimentos abruptos ao acaso; alguns movimentos lisos	Movimentos fluentes, mas monotônicos	Movimentos fluentes alternados em braços e pernas; boa variabilidade	- restrito, sincronizado - boca - trancos ou outro movimento anormal		
ELEVAÇÃO DA CABEÇA EM PRONO Bebê em prono, cabeça em linha média.	Sem resposta	Bebê desliza a cabeça sobre a maca, sem levar o queixo	Bebê eleva o queixo desliza a cabeça	Bebê leva a cabeça e eleva o queixo	Bebê eleva a cabeça e a sustenta		

Padrões e sinais anormais

POSTURAS ANORMAIS DOS PÉS E MÃOS		Mãos abertas e dedos dos pés eretos a maior parte do tempo	Mão fechada intermitente ou polegar aduzido	Mão fechada contínua ou polegar aduzido; flexão do dedo indicador, oposição do polegar	Extensão contínua do dedo grande ou flexão de todos os dedos		
TREMOR		Sem tremor ou tremor só quando chora ou após o reflexo de Moro	Tremor ocasionalmente quando acordado	Tremores frequentes quando acordado	Tremor contínuo		
SUSTO	Não assusta. Mesmo com algum barulho	Sem sustos espontâneos, mas reage a certos barulhos	2 – 3 sustos espontâneos	Mais de 3 sustos espontâneos	Sustos contínuos		

Orientação e comportamento

APARÊNCIA DOS OLHOS	Não abre os olhos		Movimentos dos olhos completamente combinados	Transitante: • nistagmo • estrabismo • movimentos oculares lentos • sinal do sol poente	Persistente: • nistagmo • estrabismo • movimentos oculares lentos • pupilas anormais		
ORIENTAÇÃO AUDITIVA Bebê acordado. Envolvê-lo. Coloque o chocalho de 10 a 15 cm do ouvido.	Sem reação	Susto auditivo; claro e quieto; sem orientação real	Desloca os olhos, cabeça pode virar para o som	Rotação prolongada da cabeça para o estímulo, procura com os olhos; liso	Vira a cabeça (tranco, abruptamente) e os olhos para o barulho todo o tempo		
ORIENTAÇÃO VISUAL Envolver o bebê e acorda-lo com barulho se necessário ou, gentilmente, com balanço. Observe se o bebê pode ver e seguir uma bola vermelha (B) ou uma tarjeta (T)	Não segue ou foca o estímulo B T	Quieto, focaliza, segue brevemente para o lado, mas perde o estímulo B T	Segue horizontal e verticalmente, não vira cabeça B T	Segue horizontal e verticalmente, vira a cabeça B T	Segue em círculo B T		
ALERTA Testado como a resposta para estímulo visual (B ou T)	Não responde ao estímulo	Quando acordado, olha apenas brevemente	Quando acordado, olha para o estímulo, mas o perde	Mostra interesse no estímulo	Não fadiga (hiper-reatividade)		
IRRITABILIDADE Resposta ao estímulo	Quieto todo o tempo, não se irrita com nenhum estímulo	Acordado, chora as vezes quando manuseado	Chora muitas vezes quando manuseado	Chora sempre que manuseado	Chora mesmo quando não é manuseado		
CONSOLABILIDADE Consolo para acalmar o bebê	Não chora, consolo não é necessário	Chora pouco, consolo não é necessário	Chora; fica quieto quando fala com ele	Chora; necessita de colo para ser consolado	Chora; não pode ser consolado		
CHORO	Não chora todo o tempo	Apenas choraminga	Chora para estímulo, mas pitch normal		Choro de alta-pitched; muitas vezes, contínuo		

Translated by Tathiana Ghisi de Souza (tathi_neo@yahoo.com.br)
& Moira Aloia Romero

GLOSSÁRIO

Acidose metabólica

É uma acidez excessiva do sangue e fluidos corporais. Essa acidez pode reduzir o pH do sangue, tornando a respiração mais profunda e rápida, uma vez que o corpo está tentando liberar o excesso de ácido no sangue.

Ângulo poplíteo

É o ângulo formado entre o eixo da perna e o prolongamento do eixo da coxa, na região anterior do joelho.

Apnéia

É um episódio em que a criança para de respirar involuntariamente e perde a consciência por um curto período após um acontecimento ou experiência assustadora, ou emocionalmente perturbadora ou dolorosa. A apneia (ausência de respiração) da prematuridade é uma pausa na respiração que dura 20 segundos ou mais no bebê nascido antes de 37 semanas de gestação.

Asfixia perinatal

Desenvolve-se quando há hipoperfusão tecidual significativa e diminuição da oferta de oxigênio decorrente das mais diversas etiologias durante o período periparto, ao nascimento e nos primeiros minutos de vida. É a causa mais grave de todas as lesões neurológicas adquiridas por um RN.

Corticoides de uso pós-natal

A administração de corticóides para amadurecimento pulmonar fetal se constitui na principal estratégia para a redução da morbidade e mortalidade perinatal associadas à prematuridade. É bastante restrito em neonatologia, sendo reservado aos casos de displasia broncopulmonar (DBP) e choque séptico refratário ao uso de catecolaminas.

Dislipidemia

Doença que se caracteriza por anomalias nos níveis de lípidos no sangue, principalmente do colesterol total e dos triglicéridos. Dislipidemia primária - surge devido à fatores genéticos. Normalmente, o pai ou a mãe também têm dislipidemia. Dislipidemia secundária - pode ser causada por outras doenças, como diabetes, por uso de medicações, como diuréticos e corticoides

Displasia Bronco-pulmonar

Doença resultante de agressões causadas pelo tratamento de recém-nascidos prematuros ou com doenças pulmonares, tais como infecções, acúmulo de líquidos, malformações pulmonares, etc. É uma doença pulmonar crônica do neonato, causada tipicamente por ventilação prolongada e, além disso, definida pela idade da prematuridade e da extensão da necessidade de O₂

Erros inatos do metabolismo

Os erros inatos do metabolismo (EIM) são distúrbios de natureza genética que geralmente correspondem a um defeito enzimático capaz de acarretar a interrupção de uma via metabólica. Ocasionalmente, ocasionam, portanto, alguma falha de síntese, degradação, armazenamento ou transporte de moléculas no organismo.

Hemorragia intraventricular

peri- Corresponde a uma das principais lesões neurológicas que acometem o recém-nascido pré-termo (RNPT), principalmente naqueles de muito baixo peso. A hemorragia dentro ou ao redor do cérebro que ocorre principalmente em recém-nascidos prematuros é atribuída diretamente a imaturidade das estruturas cerebrais, especialmente nas zonas onde ocorre a proliferação celular e vascular do cérebro, uma região chamada de matriz germinativa (MG).

Hiperbilirrubinemia	A hiperbilirrubinemia é caracterizada pelo acúmulo de bilirrubina nos tecidos, levando a um sinal muito frequente no período neonatal: a icterícia. Esse sinal está presente na primeira semana de vida em 60% dos recém-nascidos (RN) a termo e 80% dos prematuros.
Nulíparas	Característica da mulher que nunca teve filhos; condição da fêmea (animal) que nunca pariu. A mulher que nunca teve filhos; a fêmea (animal) que nunca pariu
Retinopatia da prematuridade	doença vasoproliferativa secundária à inadequada vascularização da retina imatura dos recém-nascidos prematuros, que pode levar a cegueira ou a graves sequelas visuais.
Sepse precoce / tardia	Classifica-se a sepse neonatal em sepse precoce, aquela que ocorre nas primeiras 48 a 72 horas de vida e sepse tardia, que ocorre após as primeiras 48 a 72 horas de vida ⁴ . A sepse precoce está relacionada a fatores pré-natais e do parto. O comprometimento é multissistêmico e curso clínico muitas vezes fulminante.
Taquipnéia	é uma dificuldade temporária para respirar frequentemente acompanhada de níveis baixos de oxigênio no sangue devido ao excesso de líquido nos pulmões após o nascimento.