

CONSTITUIÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE E RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Constitution of the experience of motherhood and infant development risk

Luciane Beltrami ⁽¹⁾, Anelena Bragança de Moraes ⁽¹⁾, Ana Paula Ramos de Souza ⁽¹⁾

RESUMO

Objetivos: analisar a possível relação entre dificuldade na constituição da experiência da maternidade e a presença de índices de risco ao desenvolvimento infantil, bem como a interferência ou não de variáveis psicossociais e obstétricas em ambos aspectos. **Métodos:** tipo quantitativo descritivo, com caráter casual comparativo sobre as manifestações comportamentais do processo interativo mãe-bebê. A amostra foi constituída de 182 mães e seus bebês, estes nascidos a termo ou pré-termo, em um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada sobre a experiência da maternidade com as mães e aplicado um protocolo de índices de desenvolvimento infantil com a díade. A análise estatística deu-se sobre o cruzamento dos resultados de ambas avaliações. **Resultados:** a presença de dificuldades na constituição a experiência da maternidade relacionou-se estatisticamente com a presença de risco ao desenvolvimento infantil. As variáveis psicossociais e obstétricas não apresentaram interferência significativa nos resultados. **Conclusões:** sistematizam os argumentos apresentados e destacam que as dificuldades na constituição da experiência da maternidade são fatores de risco grave para o aparecimento de indicadores de risco para o desenvolvimento infantil, pois alterações no comportamento de quem exerce a função materna se refletem já na protoconversaçãoinicial da díade mãe-bebê, o que pode gerar risco ao desenvolvimento infantil de um modo geral, e à aquisição da linguagem em particular.

DESCRIPTORIOS: Comunicação; Psicologia da Criança; Ansiedade; Relações Mãe-Filho

■ INTRODUÇÃO

Cuidar de um filho demanda energia, afeto e atenção. A mãe necessita estar disponível psicologicamente para transmitir carinho e educação, o que implica um envolvimento emocional materno para que a criança se desenvolva mais segura¹. Se a mãe está com algum sintoma emocional, isso pode gerar consequências ao desenvolvimento do filho, como demonstrou um estudo de coorte nos serviços de saúde pública Norueguês. Realizado com 900 famílias, esse estudo afirmou que crianças submetidas a um ambiente de estresse e angústia são mais vulneráveis a desenvolver problemas emocionais no futuro².

Isso possivelmente ocorra em função do reflexo do estado emocional materno sobre responsividade da mãe às demandas do filho. A responsividade materna se caracteriza por comportamentos maternos contingentes, apropriados e imediatamente relacionados aos comportamentos do filho, como a sincronia, a reciprocidade nas respostas, a repetição das sequências dos jogos, a focalização mútua da atenção e a partilha dos estados afetivos. Ela sofre múltiplas influências e deve ser compreendida em um sistema amplo de referência que envolva variáveis biológicas e contextuais da história da díade, bem como aspectos culturais mais amplos³. Um estudo com 21 díades mãe-bebê revelou essa multiplicidade por meio da comparação da responsividade de sete mães solteiras e quatorze casadas, o qual demonstrou maior responsividade das mães casadas no que se refere ao choro e à vocalização dos bebês. Esses resultados corroboram parte da teoria que indica que

⁽¹⁾ Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

Trabalho realizado na Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

Conflito de interesses: inexistente

as mães solteiras podem sofrer maior estresse, quando precisam suprir sozinhas as demandas do bebê, principalmente no seu primeiro ano de vida⁴. Portanto, não apenas a posição materna é importante na relação da díade mãe-bebê, como também o apoio do cônjuge, que em geral, ocupará a posição paterna.

As crianças que experienciam uma relação mãe-filho desestruturada podem manifestar respostas afetivas diminuídas, dificuldades de socialização com estranhos, perturbações do sono, ansiedade de separação exacerbada, perturbações gastrointestinais, falta de apetite ou episódios constantes de vômitos⁵, bem como dificuldades na aquisição e desenvolvimento da linguagem⁶.

As pesquisas afirmam que o bebê imaginado durante a gestação tem um importante impacto para a futura interação mãe-bebê, pois a mãe investe a sua libido no intuito de constituir espaço subjetivo para receber o bebê da realidade. Há, portanto, que se analisar também as condições do bebê ao nascer, sua apetência simbólica, esta conceituada como impulso inato para buscar o outro humano, e a possibilidade de isso ter influência nas respostas maternas^{7,8}. Sabe-se que o bebê sofre mudanças expressivas nos primeiros meses como o surgimento do sorriso social, uma forma de comunicação intencional, alicerçada nas primeiras trocas intersubjetivas estabelecidas com adultos, que possuem reflexos na cognição social e aquisição da linguagem⁷. Tais características dos bebês se combinam complexa e singularmente com as possibilidades do adulto para cuidar e interagir, em distintos estilos, ancorados em bases culturais diversas^{9,10}.

Essas observações teóricas permitem a compreensão da enorme importância do estabelecimento e da satisfação das primeiras relações, da possibilidade de um bebê ter para si uma *mãe engajada* e de ele ser um bebê apetente simbolicamente. Isso irá se refletir em uma protoconversa já nos primeiros anos de vida. A protoconversa se caracteriza pelo diálogo no qual o adulto falante sustenta enunciativamente o bebê, ainda não falante, por meio da oferta de sentidos às manifestações corporais do bebê (vocalizações, choro, sorriso, balbucio, gestos corporais, olhar). O manhês⁹ é uma evidência dessa protoconversa inicial^{10,11}. Quando essa protoconversa não ocorre a contento, há a possibilidade de o bebê apresentar risco psíquico ou risco ao desenvolvimento¹¹. O risco psíquico define-se como a presença de sinais de sofrimento psíquico evidenciados em séries barulhentas (inconsolabilidade, distúrbios do sono como não dormir bem, distúrbios alimentares, etc) ou em séries silenciosas (dormir o

tempo todo, não apresentar qualquer iniciativa para interação com o outro, etc), que incidem diretamente sobre a estruturação psíquica. Já o risco ao desenvolvimento relaciona-se a efeitos do risco psíquico ou de alterações biológicas do bebê em outros aspectos estruturais como a cognição e em aspectos instrumentais do desenvolvimento como a psicomotricidade e a linguagem enquanto função comunicativa^{11,12}.

Uma pesquisa multicêntrica brasileira, com bases teóricas psicanalíticas, demonstrou que 18 indicadores, propostos para crianças até 18 meses, e investigados em um estudo de coorte de crianças de 1 a 36 meses, permitiram prever risco ao desenvolvimento infantil, e alguns deles foram mais específicos para prever risco psíquico¹². Tal pesquisa investigou variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais, bem como aspectos específicos do desenvolvimento infantil. O desfecho dessa pesquisa deu-se pela avaliação psicanalítica e psiquiátrica das crianças aos três anos. A pesquisa deixa claro que a análise dos índices de risco ao desenvolvimento infantil (IRDIs) se dá na observação da relação entre aqueles que exercem as funções parentais e o bebê. O foco interacional, adotado nos índices mencionados, permite lançar a hipótese desta pesquisa de que a análise dos IRDIs poderia refletir problemas tanto da apetência simbólica do bebê quanto da presença de dificuldades na constituição da experiência da maternidade. Essas dificuldades podem relacionar-se a estados emocionais maternos alterados¹³⁻¹⁵, ou a dificuldade de se imaginar no papel materno, entre outros elementos que podem interferir nessa constituição^{7,9,16,17}.

Considerando tais aspectos evidenciados em pesquisas anteriores, este estudo objetiva analisar a associação entre dificuldade na constituição da experiência da maternidade e a presença de índices de risco ao desenvolvimento infantil, bem como a interferência ou não de variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais na associação estudada.

■ MÉTODOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética institucional sob número de CAAE 0284.0.243.000-09, da Universidade Federal de Santa Maria - RS.

Esta pesquisa é do tipo quantitativa descritiva, com caráter casual comparativo sobre as manifestações comportamentais do processo interativo mãe-bebê¹⁸. A amostra foi constituída de 182 mães e seus bebês, estes nascidos a termo ou pré-termo, em um hospital universitário da região central do

Rio Grande do Sul, cujos bebês passaram pela triagem auditiva neonatal no período de março a junho de 2010. O cálculo dessa amostra se deu tomando por base a média de 900 atendimentos anuais de bebês na triagem auditiva neonatal, e a prevalência de estados emocionais maternos como ansiedade e/ou depressão estimada em 15% em vários estudos da realidade brasileira, o que poderia explicar, ao menos em parte, dificuldades na constituição da experiência da maternidade. Não foram encontrados estudos da prevalência de dificuldades na constituição da experiência da maternidade na realidade brasileira ou internacional.

Foram excluídos da pesquisa os bebês que nasceram com malformações ou síndromes e deficiência auditiva, devido ao comprometimento que esses fatores acarretam ao desenvolvimento da criança e também bebês cujas mães apresentaram estrutura psíquica muito comprometida tais como psicoses, etc.

De acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa com seres humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), as mães foram contatadas no serviço de triagem auditiva neonatal e convidadas a participar da pesquisa. Elas foram esclarecidas acerca dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa e, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinaram-no se voluntárias da pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada pela psicóloga/pesquisadora em uma sala reservada para essa finalidade, no próprio hospital, com duração aproximada de 30 minutos, por meio de entrevista semi-estruturada acerca da experiência da maternidade elaborada e padronizada por Schwengber e Piccinini¹⁸. Esta entrevista tem por objetivos investigar a história obstétrica das mães e obter os dados socioeconômicos, demográficos, obstétricos e psicossociais. Durante a entrevista a psicóloga/pesquisadora já identificava a necessidade de exclusão ou não da mãe a partir da observação de comprometimento psíquico da mãe e/ou limite biológico evidente do bebê.

As variáveis socioeconômicas foram renda familiar, escolaridade e profissão. As variáveis demográficas foram idade, estado civil e número de filhos. As variáveis obstétricas foram número de gestações, número de partos, história de aborto, partos prematuros, tipo de parto, número de consultas pré-natais, planejamento da gestação, baixo peso, intercorrências com o recém-nascido e tipo de aleitamento. As variáveis psicossociais foram suporte social, histórico de doença mental na família e dificuldade na constituição da experiência materna.

Os dados obtidos nessa entrevista foram codificados e foi construído um banco de dados em uma planilha eletrônica (Excel). Entre eles, criou-se uma codificação para a presença ou ausência de dificuldade na constituição da experiência materna (DCEM). Tal dado foi avaliado a partir de duas questões abertas presentes na entrevista do protocolo, que foram: se havia histórico de doença mental na família (familiares da mãe, do marido ou de convívio próximo); e se a mãe estava passando por alguma crise situacional, ou seja, se havia algum problema familiar, pessoal, no momento, que gerasse sentimentos e dificuldades em relação à maternidade. As respostas a essas questões foram anotadas durante a entrevista, e codificadas como presença ou ausência de dificuldade, sem mensuração da gravidade ou não da mesma. Para codificar a presença de dificuldade na constituição da experiência materna, observou-se na entrevista falta de manejo com os bebês, sentimento de incapacidade para cuidá-los, cansaço exagerado, desesperança, apatia, tensão e irritabilidade, além de conflitos familiares (sogra quer separar, prisão do marido, dificuldade no relacionamento com os pais), e ainda conflitos conjugais (brigas constantes com o marido, separação recente e marido deprimido). Por outro lado, a codificação para a ausência de dificuldade foi identificada na entrevista em que as mães demonstravam boa interação com seu bebê, tinham bom suporte social, não possuíam histórico de doença mental na família ou crise situacional evidente.

Como os bebês avaliados estavam na faixa etária de 0 a 4 meses, os cinco índices risco da primeira fase dos IRDIs iniciais foram observados na interação entre mãe e bebê. Em caso de ausência de algum índice na interação com a mãe, o mesmo foi testado com a pesquisadora, principalmente o índice 3 que versa sobre a criança reagir ao manhês. Os cinco índices analisados foram:

1 - Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. Este índice foi observado a partir de situações em que a mãe supunha que o bebê queria algo e se ela conseguia atribuir uma interpretação possível a esta demanda como, por exemplo, comer, dormir, mudar de posição, etc.

2 - A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês). Aqui foi analisada a interação entre a mãe e a criança em termos de sintonia, não só se a mãe falava em manhês, mas se sua fala era sintonizada às produções do bebê.

3 - A criança reage ao manhês. Neste item se observou se a criança se engajava na protoconversa, e, sobretudo, se buscava ativamente tal participação. Como algumas mães, em função do

estado emocional depressivo e/ou ansioso, não conseguiam conversar com os filhos de modo sintomatizado, a pesquisadora buscou fazer isso com os bebês e analisar tal resposta quando isso ocorria.

4 - A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. Aqui foi observada a capacidade de a mãe esperar a resposta do filho, ou seja, de conferir-lhe turno durante a protoconversa.

5 - Há trocas de olhares entre a criança e a mãe. Este item foi observado apenas com a mãe durante os momentos de protoconversa e/ou de trocas silenciosas entre mãe e bebê.

A metodologia deste trabalho seguiu a marcação IRDIs da pesquisa multicêntrica de indicadores de risco para o desenvolvimento infantil¹¹, que consiste na anotação da presença do índice como ausência de risco ao desenvolvimento, ou em caso de sua ausência, como indicador de presença de risco. A presença de risco psíquico foi considerada apenas quando os cinco índices da fase estivessem ausentes conjuntamente, conforme prevê a pesquisa multicêntrica citada.

Cabe ressaltar que os índices foram observados durante a entrevista com a mãe e logo após a mesma. A seguir foi filmada uma breve interação da mãe com o bebê durante 10 minutos. Tal filmagem foi realizada a uma certa distância de modo a interferir o mínimo possível na relação da díade. A instrução dada às mães é que conversassem e/ou brincassem com seus bebês como fazem em casa. O objetivo de tal filmagem foi registrar a interação para que houvesse uma segunda avaliação dos cinco índices por outro revisor experiente. Como alguns bebês estavam dormindo durante e após a entrevista, no prazo de uma semana buscou-se reavaliar os índices em seu domicílio. Portanto, houve a conferência de todos os índices de risco até que se pudesse obter um valor (presente ou ausente) para cada um.

A análise quantitativa dos dados foi efetuada por meio da estatística descritiva e inferencial. Foi utilizado o teste não-paramétrico de independência do qui-quadrado com nível de significância de 5%. Tais análises foram realizadas por meio do pacote computacional *Statistica 9.0*.

■ RESULTADOS

Na Tabela 1, são apresentadas as frequências de ausência e presença de Dificuldade na Constituição da Experiência Materna (DCEM).

Tabela 1 - Frequências da ausência e presença de dificuldade na constituição da experiência materna

DCEM	f(%)
Não	116 (63,7)
Sim	66 (36,3)
Total	182 (100,0)

Observa-se na Tabela 1 que 36,3% das mães apresentaram alguma dificuldade na função materna.

Os níveis de risco para o desenvolvimento infantil são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Representação percentual dos níveis de risco para o desenvolvimento infantil

Nível de risco de desenvolvimento infantil (IRDIs)	f(%)
Sem risco	137 (75,4)
1 a 2 ausentes	29 (15,9)
3 a 4 ausentes	15 (8,2)
5 ausentes	1 (0,5)
Total	182 (100,0)

Legenda: IRDIs- índices de risco ao Desenvolvimento Infantil

Percebe-se, na Tabela 2, que a maior parte da amostra (75,4%) não apresentou índices de risco, ou seja, as díades estão com boa interação e saudáveis. Observa-se que 24,6% das díades deste estudo apresentaram pelo menos um indicador de risco.

Na Tabela 3, estão representadas as frequências dos IRDIs em relação aos fatores de risco socioeconômicos e demográficos.

Observa-se que não existe diferença significativa nas proporções dos IRDIs nas faixas das variáveis socioeconômicas e demográficas testadas.

Tabela 3 - Distribuição dos índices de risco ao desenvolvimento infantil e seus fatores de risco socioeconômicos e demográficos para a amostra (n = 182) do estudo

Fatores de risco	Nº mães (%)	Índices de risco (IRDIs) (%)		
		Ausente	Presente	p
Socioeconômicos				
Renda familiar (s.m.)				
Menos de 1	52(28,6)	35(67,3)	17(32,7)	0,120
Mais de 1	125(68,7)	98(78,4)	27(21,6)	
Escolaridade				
Fundam./analfabeto	78 (42,9)	56(71,8)	22(28,2)	0,662
Médio	90 (49,5)	70(77,8)	20(22,2)	
Superior	13 (7,1)	10(76,9)	3(23,1)	
Profissão				
Dona de casa	98 (53,8)	70(71,4)	28(28,6)	0,194
Outra	84 (46,2)	67(79,8)	17(20,2)	
Demográficos				
Idade (anos)				
Menor que 20	34 (18,7)	26(76,5)	8(23,5)	0,565
20 a 34	117 (64,3)	90(76,9)	27(23,1)	
35 ou mais	31 (17,0)	21(67,7)	10(32,3)	
Estado civil				
Casada/união consen.	156 (85,7)	120(76,9)	36(23,1)	0,207
Solteira	26 (14,3)	17(65,4)	9(34,6)	
Número de filhos				
1 ou 2	1421 (77,5)	108(76,6)	33(23,4)	0,444
3 ou mais	41 (22,5)	29(70,7)	12(29,3)	
Total	182 (100,0)	137(75,3)	45(24,7)	

s.m. = salário mínimo. Dados faltantes: renda familiar (5); escolaridade (1). Teste estatístico não-paramétrico de independência do qui-quadrado. *Significante $p \leq 0,05$.

Legenda: IRDIs- índices de risco ao Desenvolvimento Infantil

As frequências dos IRDIs em relação aos fatores de risco obstétricos e psicossociais são apresentadas na Tabela 4.

Observa-se que, na maioria das variáveis, não existe diferença significativa nas proporções dos IRDIs nas faixas das variáveis obstétricas e psicossociais testadas. Somente no tipo de aleitamento, observa-se que as mães que utilizam mais de uma maneira de aleitamento simultaneamente apresentaram uma maior proporção de índices de risco (40,5%), o que se diferenciou estatisticamente em relação às mães que só amamentavam naturalmente ou artificialmente ($p = 0,027$).

Na Tabela 5, estão representadas as frequências de presença ou ausência de indicadores de risco para o desenvolvimento infantil (IRDIs) em relação à dificuldade na constituição da experiência materna (DCEM).

Em relação ao fator de risco DCEM, observou-se que os IRDIs são significativamente maiores ($p = 0,000$) entre as mães com presença de dificuldade em realizar a função materna do que com as que não apresentaram essa dificuldade, ou seja, há maior proporção de bebês com presença de indicadores de risco em mães com dificuldade para realizar a função materna.

Tabela 4 - Distribuição dos índices de risco ao desenvolvimento infantil e seus fatores de risco obstétricos e psicossociais para a amostra (n = 182) do estudo

Fatores de risco Obstétricos	Nº mães (%)	Índices de risco (IRDIs) (%)		
		Ausente	Presente	p
Nº de gestações				
1	77 (42,3)	57(74,0)	20(26,0)	0,183
2 a 4	88 (48,4)	70(79,5)	18(20,5)	
5 ou mais	17 (9,3)	10(58,8)	7(41,2)	
História de aborto				
Sim	32 (17,6)	27(84,4)	5(15,6)	0,189
Não	150 (82,4)	110(73,3)	40(26,7)	
Partos prematuros				
Sim	50 (27,5)	38(76,0)	12(24,0)	0,889
Não	132 (72,5)	99(75,0)	33(25,0)	
Tipo de parto				
Vaginal	68 (37,4)	50(73,5)	18(26,5)	0,673
Cesárea	114 (62,6)	87(76,3)	27(23,7)	
Gestação				
Planejada	81 (44,5)	62(76,5)	19(23,5)	0,343
Não planejada	95 (52,2)	72(75,8)	23(24,2)	
Indesejada	6 (3,3)	3(50,0)	3(50,0)	
Intercorrências com RN				
Sim	59 (32,4)	46(78,0)	13(22,0)	0,684
Não	121 (66,5)	91(75,2)	30(24,8)	
Tipo de aleitamento				
Materno exclusivo	127 (69,8)	99(78,0)	28(22,0)	0,027*
Artificial	18 (9,9)	16(88,9)	2(11,1)	
Misto	37 (20,3)	22(59,5)	15(40,5)	
Psicossociais				
Suporte social marido				
Nenhum	34 (18,7)	25(73,5)	9(26,5)	0,376
Marido	44 (24,2)	30(68,2)	14(31,8)	
Outros	104 (57,1)	82(78,8)	22(21,2)	
Histórico de doença mental na família				
Não	146 (80,2)	111(76,0)	35(24,0)	0,636
Sim	36 (19,8)	26(72,2)	10(27,8)	
Total	182 (100,0)	137(75,3)	45(24,7)	

RN = recém-nascido; DCEM = dificuldade na constituição da experiência materna. Dados faltantes: intercorrências com RN (2). Teste estatístico não-paramétrico de independência do qui-quadrado. * Significante $p \leq 0,05$.

Legenda: IRDIs- índices de risco ao Desenvolvimento Infantil

Tabela 5 - Distribuição da frequência dos índices de risco ao desenvolvimento infantil em função da presença ou ausência de dificuldade na constituição da experiência materna

DCEM	Nº díades (%)	IRDIs (%)		p
		Sem risco	1 ou mais ausentes	
Ausente	116 (63,6)	98(84,5)	18(15,5)	0,000*
Presente	66 (36,3)	39(59,1)	27(40,9)	
Total	182 (100,0)	137(75,3)	45(24,7)	

Teste estatístico não-paramétrico de independência do qui-quadrado. * Significante $p \leq 0,05$.

Legenda: IRDIs- índices de risco ao Desenvolvimento Infantil DCEM- Dificuldades na constituição da experiência da maternidade

■ DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa, apesar da baixa frequência de DCEM na amostra estudada, demonstraram que a dificuldade na constituição da experiência materna correlaciona-se de modo significativo à presença de IRDIs, ou seja, os bebês dessas mães apresentaram risco maior do que os bebês de mães que não apresentaram tal dificuldade.

Tais resultados sugerem que vários fatores concorrem para os riscos psíquico e do desenvolvimento, inclusive alguns constitucionais dos bebês¹⁹, o que demonstra que a dificuldade na constituição da experiência da maternidade pode prejudicar as trocas comunicativas entre mãe e bebê, mas não se constitui no único fator a ser considerado na explanação da presença de risco ao desenvolvimento infantil.

Em outro estudo, demonstrou-se que as crianças de mães que apresentam depressão pós-parto, comparadas com aquelas de mães não deprimidas, mostram menor frequência de expressões faciais positivas e mais expressões negativas e maior probabilidade de desenvolver, numa idade precoce, a depressão⁵. Já em relação à depressão masculina (pai), pesquisas demonstram que têm origem nos sentimentos de exclusão face à díade mãe-bebê. Como efeito dessa exclusão, o homem passaria a se ver apenas como uma pessoa provedora, que deve trabalhar e satisfazer as exigências impostas pelo puerpério da mulher²⁰, o que limitaria o bom convívio familiar. Ambos estudos demonstram que estados emocionais dos progenitores podem prejudicar a dinâmica familiar e dificultar a constituição do casal em suas funções parentais. No entanto, tais estados não se refletem de modo importante na constituição da experiência da maternidade se há fatores de proteção familiar, como o apoio do cônjuge. Já fatores como o não planejamento da gravidez parecem ter efeito mais nocivo tanto para o surgimento de estados emocionais maternos alterados quanto na constituição da experiência da maternidade^{20,21}. Nesta pesquisa, este efeito não foi observado quando se analisaram as variáveis obstétricas e psicossociais, em relação à diferença entre mães com e sem DCEM.

Diversos autores têm enfatizado que a relação da mãe com o bebê existe desde antes da gravidez, nas fantasias da mulher relacionadas com a possibilidade de ter um filho. Isso faz que, durante a gravidez, a mãe antecipe o nascimento do filho, a partir das marcas deixadas pela sua própria história e personifique o feto por meio da atribuição de características e personalidade. Assim que o bebê nasce, essa imagem será mais ou menos confirmada,

o que leva a mãe a interpretar e adivinhar suas necessidades, pois o nascimento de um bebê nunca corresponde completamente àquilo que a mãe esperava antes do nascimento⁷. Diante disso, a mãe necessita fazer o luto do feto e o da gravidez, para focar sua atenção na relação com seu bebê, que deve ter a referência no pai da criança e no seu nome. Possivelmente, muitos fatores, ainda não detalhados nesta análise, tenham influenciado as mães com DCEM desta amostra para apresentarem dificuldades em fazer tal transição. Por hora, é possível afirmar, no entanto, que tais fatores apresentam uma relação estatisticamente significativa com a alteração na protoconversa inicial entre mãe e bebê, visualizável pela presença de risco ao desenvolvimento, medido por meio do teste estatístico não-paramétrico de independência do qui-quadrado.

Novas análises dos dados serão necessárias, pois se sabe que múltiplos são os fatores que interferem em cada espaço de cuidado da mãe em relação ao seu bebê. Isso fica claro em estudos sobre aleitamento²²; sobre distúrbios alimentares¹, e sobre as interações iniciais²³.

Cabe ressaltar, por fim, o dado da análise qualitativa dos índices mais frequentemente alterados, como a identificação pela mãe do que o bebê quer (IRDI 1), o uso de linguagem particular pela mãe dirigida ao bebê (IRDI 2) e a troca de olhares entre mãe e bebê (IRDI 5), que apontam problemas no eixo de suposição de sujeito, estabelecimento de demanda e alternância entre presença e ausência. Sabe-se que o diálogo é feito da alternância entre os interlocutores e, no caso da interação entre o adulto e um bebê que ainda não fala, pela suposição de um sujeito, o interlocutor, observa-se em tais alterações o risco para a aquisição da linguagem do bebê, quando consideradas propostas clínicas que tomem a interação como central para a aquisição e desenvolvimento da linguagem^{24,25}. Talvez a dificuldade na transição entre a gravidez e o lidar com o bebê recém-nascido sejam fatores intervinientes no estabelecimento desses eixos. Os IRDIs alterados sugerem mães que se fazem presentes ou ausentes de modo excessivo e que possuem dificuldades no investimento dialógico com o bebê, pela ausência de um estilo de linguagem particular dirigido ao filho. Esse fato é de especial relevância para o desenvolvimento da linguagem e comunicação, se considerados os estudos psicolinguísticos e psicanalíticos sobre a importância do manhês^{6,10,25}.

■ CONCLUSÃO

A dificuldade na constituição da experiência materna é um fator de risco grave para o aparecimento de indicadores de risco para o desenvolvimento infantil, ou seja, as mães com essas dificuldades têm maior propensão a não estabelecer alguns eixos básicos do relacionamento com o bebê como a suposição de um sujeito, estabelecimento de demanda e de alternar presença e ausência.

Alguns dos IRDIs avaliados podem estar relacionados mais diretamente com a aquisição da linguagem, como o uso do manhês e da fala sintonizada às ações do bebê, a possibilidade de a mãe propor algo e aguardar a resposta do bebê, o que permite afirmar a importância da identificação precoce de dificuldades de na constituição da experiência da maternidade para o campo fonoaudiológico.

ABSTRACT

Purposes: to analyze the possible relation between difficulty on maternal experience constitution and the presence of developmental risk indexes, as well the interference of psychosocial and obstetric variables in this aspects. **Methods:** the quantitative descriptive type, comparative casual about behavioral manifestations of the mother-baby interactive process. The sample was made up of 182 moms and their babies, these born in term or pre-term, in a University Hospital in the central region of Rio Grande do Sul, whose babies spent/passed by neonatal hearing screening in the period from March to June 2010. It was held an interview, applied protocol IRDIs and filmed the dyad interaction. **Results:** showed that difficulties on maternal experience constitution were statistical correlated with the presence of developmental risks. The psychosocial and obstetric variables didn't influence this correlation. **Conclusions:** systematize highlight that the difficulties in the constitution of the experience of motherhood have serious risk of factors for the emergence of risk indicators for child development, because behavioral alterations in the people who exercise the maternal function reflected on the initial proto conversation of the mother-child dyad, what may created the risk for the child development in general, and for child language acquisition in a specific way.

KEYWORDS: Communication; Child Psychology; Anxiety; Mother-Child Relations

■ REFERÊNCIAS

1. Souza LV, Santos MA. A família e os transtornos alimentares. *Medicina*. 2006; 39(3):403-9.
2. Karevold E. Family stress and child's temper extremes contribute to anxiety and depression in children and young people. Relatório de Pesquisa. Norwegian Institute of Public Health (NIPH), 2008. Disponível em: <http://www.fhi.no/eway>. Acesso em: 01 dez 2010.
3. Ribas AFP, Seidl-De-Moura L. Responsividade Materna: Aspectos biológicos e variações culturais. *Psic Reflex Crit*. [periódico na internet]. 2007 [acesso em 01 dez 2013];20(3):368-75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000300004>.
4. Piccinini CA, Marin AH, Alvarenga P, Lopes RCS, Tudge JR. Responsividade materna em famílias de mães solteiras e famílias nucleares no terceiro mês de vida da criança. *Estud Psicol*. 2007;12(2):109-17.
5. Smith ME, Jaffe J. Postpartum depression: signs, symptoms, and help for new moms. Guia de Orientação, 2007. Disponível em: <http://www.helpguide.org/mental/postpartumdepression.htm>. Acesso em: 30 nov 2010.
6. Flores MR, Beltrami L, Ramos-Souza AP. O manhês e suas implicações para aquisição da linguagem. *Distúrb.Comun*. 2011;23(2):143-52.
7. Ferrari AG, Piccinini CA, Lopes RCS. O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicol Estud*. 2007;12(2):305-13.
8. Aquino FSB, Salomão NMR. Contribuições da habilidade de atenção conjunta para a cognição social infantil. *Psicol Estud*. 2009;14(2):233-41.
9. Lavelli M, Fogel A. Developmental changes in the relationship between the infant's attention and emotion during early face-to-face communication: The 2-month transition. *Develop Psychol*. 2005;41:265-80.
10. Parlato-Oliveira É. Como falam os bebês? Explorações sobre a fala e o campo da linguagem na clínica de bebês. In: Barbosa DC, Parlato-Oliveira É. (orgs). *Psicanálise e clinica com bebês*:

sintoma, tratamento e interdisciplina na primeira infância. São Paulo: Instituto Langage. 2010.

11. Lerner R, Kupfer MCM (Org.). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: FAPESP/ Escuta. 2008.

12. Kupfer MC. Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. Relatório Final da Pesquisa ao Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://www.fmcsv.org.br/pdf/FMCSV_pesquisa_multicentrica_indicadores_cl%C3%ADnicos_DI.pdf. Acesso em: 08 maio 2010.

13. Faisal-Cury A, Menezes PR. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Rev Bras Ginecol Obstetr*. 2006;28(3):171-8.

14. Correia LL, Linhares MBM. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(4):1-9.

15. Favero MS, Peres RS. Avaliação de ansiedade e depressão em mães de bebês prematuros e mães de bebês a termo, Encontro Interno 8, Seminário de Iniciação Científica, 12, Anais. Convênios CNPQ/UFU & FAPEMIG/UFU. 2008.

16. Couto ER, Couto E, Vian B, Gregório Z, Nomura ML, Zaccaria R, et al. Qualidade de vida, depressão e ansiedade em gestantes com má história gestacional. *Med. J.* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 27 mar 2010];127(4):185-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v127n4/v127n4a02.pdf>

17. Fraga DA, Linhares MBM, Carvalho AEV, Martinez FE. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. *Rev Psicol Reflex. Crit*. 2008;21(1):33-41.

18. Webby R, O'connor M. Judgmental time-series forecasting using domain knowledge. In: Armstrong J.(org) *Principles of forecasting: a handbook for researchers and practitioners*. Boston: Kluwer Academic Publishers. 2001.

18. Schwengber DDS, Piccinini CA. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psic. Teor. e Pesq.* [online]. 2004;20(3):233-40.

19. Guedenay A, Mintz AS, Dugravier R. Risques développementaux chez le nourrisson de la naissance à 18 mois. *Rev Psychiatri/Pédopsychiatri*. [periódico na internet]. 2007 [acesso em 01 de dezembro de 2013];37:195-200. Disponível em: <http://www.em-consulte.com/article/66569/risques-developpementaux-chez-le-nourrisson-de-la->

20. Guedes-Silva DG, Souza M, Moreira V, Genertra M. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. *Rev mal-estar subjetivid*. [periódico na internet]. 2003 [acesso em 13 jun 2010];III(2):439-50. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482003000200010&script=sci_artt

21. Pretto JP. A Influência do desejo parental nas altas habilidades/superdotação: uma abordagem psicanalítica. *Rev. CEFAC*. 2010;12(5):859-69.

22. Cardoso L, Bianchi JJP. Aleitamento materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica. [Dissertação]: Braga, Portugal - Universidade do Minho; 2007.

23. Seidl-de-Moura ML, Ribas AFP, Seabra KC, Pessoa LF, Nogueira SE, Mendes DMLF, et al. Interações mãe-bebê de um e cinco meses: aspectos afetivos, complexidade e sistemas parentais predominantes. *Psicol Reflex Crít*. 2008;21(1):66-73.

24. Wiethan FM, Souza A, Klinger EF. Abordagem terapêutica grupal com mães de crianças portadoras de distúrbios de linguagem. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(3):442-51.

25. Catão I. *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*. São Paulo: Instituto Langage. 2000.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201421712>

Recebido em: 17/09/2012

Aceito em: 08/05/2013

Endereço para correspondência:

Luciane Beltrami

Rua Mal. Floriano Peixoto, 1000/33

Ed. Rio da Prata - Centro

Santa Maria, RS – Brasil

CEP: 97015-370

E-mail: lucianebeltrami@terra.com.br