
Psicologia: contribuições da observação do comportamento de mães, pais e recém-nascidos no pós-parto imediato

| **Tania Kiehl Lucci**
IPUSP

| **Emma Otta**
IPUSP

RESUMO

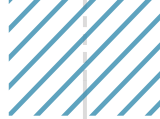
Prejuízos na interação mãe-filhote podem resultar em danos hormonais e comportamentais, além de desregulação emocional em diversos mamíferos. Há décadas discute-se a importância da qualidade da interação mãe-bebê em humanos para um desenvolvimento saudável, no entanto faltam estudos sobre a interação inicial no pós-parto imediato. O objetivo foi aprofundar conhecimento sobre a interação inicial por meio do estudo dos comportamentos da mãe, do recém-nascido e de uma subamostra de pais imediatamente após o parto. Foram analisados 120 vídeos, 60 gravados no pós-parto imediato e 60 gravados cerca de vinte minutos depois. Os comportamentos registrados foram: (a) recém-nascido: movimento corporal, choro, olhos abertos e acalmar-se; (b) mãe: toque afetivo, sorriso, olhar e vocalização voltada para o recém-nascido (c) pai: tocar a mãe, tocar o bebê ou tocar ambos. Os recém-nascidos passaram a maior parte do tempo com o corpo em movimento em ambas as amostras, mas diminuíram a frequência de choro e passaram a ficar com os olhos abertos 20 minutos após o parto em comparação aos primeiros minutos de vida. As mães passaram a maior parte do tempo olhando para os recém-nascidos, geralmente em silêncio e acariciando-o em ambas as amostras. Os pais tocaram prevalentemente as mães nos primeiros minutos após o nascimento do filho, mas passaram a tocar tanto a criança quanto a mãe vinte minutos após o parto. Estas observações mostram a frequência de comportamento de cada um dos envolvidos no pós-parto e nos ajudam a entender melhor a experiência materna, paterna e infantil no momento do parto.

Palavras-chave: Interação mãe-Bebê, Comportamento, Parto, Nascimento, pai.

■ INTRODUÇÃO

No Brasil, há pouco mais de um século, o parto era vivenciado num contexto familiar como uma experiência íntima e compartilhada entre mulheres, muito diferente da realidade do final do século, em que o parto passou a ser um ato médico, institucionalizado e regulado pelas políticas públicas do país. Na segunda metade do século XX, por falta de conhecimento e medicações para tratamento de infecções, médicos e enfermeiras adotavam regras rígidas para o controle desses quadros, como isolamento das mães, proibição de visitas e leitos em enfermarias individuais (THOMAZ *et al.*, 2005). A partir dos anos 1970 houve aumento da prática de partos cesarianos, por acreditar-se ser esta técnica mais segura e conveniente (MAIA, 2008). O movimento de contracultura pela humanização do parto surge também na década de 70, com o objetivo de atribuir à mulher protagonismo nos períodos da gestação, no parto e no pós-parto (DINIZ, 2005; MAIA, 2008). Com esta mudança de paradigma, o foco prioritariamente médico de salvar vidas passa a ser o bem-estar psicológico, com o propósito de melhorar e humanizar o atendimento. As mulheres passaram a ter o direito de solicitar técnicas alternativas de alívio da dor, a ter privacidade no local do parto, a opinar sobre o procedimento de episiotomia, a ter um acompanhante de sua escolha durante as diversas etapas do trabalho de parto, e ao contato físico pele a pele com o recém-nascido logo após o nascimento, entre outras práticas (MAIA, 2008). Recentemente, um importante estudo brasileiro mostrou que a duração do parto é altamente variável entre as mulheres, e a avaliação da dilatação cervical não é uma boa técnica para identificar situações de risco. Os autores concluem que a validade do partograma baseado na indicação de um centímetro por hora, recomendação baseada em um estudo de 1950, deve ser reavaliada. Com base neste estudo, a Organização Mundial da Saúde mudou as orientações para acompanhar parto normal. Este resultado indica a necessidade crescente de reavaliar as técnicas de parto com o intuito de humanizar o atendimento e priorizar o bem-estar da mulher e do recém-nascido (OLADAPOET *et al.*, 2018).

Poucos são os estudos sobre o comportamento no pós-parto imediato. O estudo de Parke (1972) investigou a interação de dezenove mães e pais com seus filhos recém-nascidos entre 6 e 48 horas após o parto durante dez minutos, com o objetivo de verificar se havia diferença na interação com os bebês em função do sexo, da medicação administrada às mães e da duração do trabalho de parto. Os resultados indicaram que tanto as mães quanto os pais tocaram significativamente mais os recém-nascidos do sexo masculino em comparação aos do sexo feminino. A quantidade de medicação materna foi positivamente relacionada com maior frequência de comportamentos de tocar, segurar no colo e balançar o bebê, e a hipótese do autor para o aumento da interação das mães medicadas foi que elas estariam preocupadas com a saúde do recém-nascido menos ativo e se esforçariam mais



para fazê-los reagir. O autor também observou que maior duração do parto foi marginalmente associada a menor interação da mãe com o recém-nascido.

Com relação à participação do pai do bebê durante o parto existe uma lacuna de estudos sobre o efeito do suporte do companheiro à parturiente. Um artigo de revisão mostrou que todos os ensaios clínicos sobre suporte à parturiente tratavam de doulas ou de outras figuras femininas (BRÜGGEMANN, PARPINELLI, & OSIS, 2005), e os estudos que citavam a participação dos companheiros na sala de parto eram predominantemente realizados em países desenvolvidos. Estudos mais antigos citam relatos da percepção das parturientes sobre suporte do pai da criança como algo positivo na experiência do parto (WALDENSTRÖM *et al.* 1996; MERCER, HACKLEY, BOSTROM, 1983), principalmente no apoio à implementação das técnicas de alívio da dor (NORR, BLOCK & CHARLES, 1977).

A perspectiva teórica adotada no presente estudo foi a Psicologia do Desenvolvimento Evolucionista, que tem por foco o conceito de evolução, e considera a análise dos mecanismos genéticos e ambientais, além do processo epigenético, para melhor compreender o valor do comportamento na ontogênese. Os comportamentos, segundo esta perspectiva, são vistos como biologicamente culturais (BUSSAB & RIBEIRO, 1998). Há décadas discute-se a importância da interação inicial mãe-bebê para a construção do vínculo inicial, e de sua importância para o desenvolvimento de um indivíduo saudável. Sob esta perspectiva, acredita-se que os recém-nascidos nasçam preparados para a socialização com pessoas e com o ambiente a seu redor, traduzida na capacidade de adaptação, por aumentar a chance de desenvolver o vínculo afetivo com o cuidador e garantir sua sobrevivência. Recentemente, diversas pesquisas são realizadas focando nas competências dos fetos no período pré-natal, mostrando diferentes habilidades das quais dispõem antes mesmo do nascimento, como exibição de expressões faciais, comportamentos variados, além de capacidade para responder a estímulos do ambiente extrauterino (MARX & NAGY, 2015; ZOIA *et al.*, 2007; CASTIELLO, *et al.*, 2010; REISSLAND *et al.*, 2011; ABOELLAIL & HATA, 2017; YAN *et al.*, 2006). Estima-se que, ao nascer, bebês tragam consigo as experiências acumuladas durante o período de desenvolvimento intrauterino, o que influencia suas respostas diante da experiência do parto. Ainda segundo esta perspectiva, as mães também são biologicamente preparadas para uma intensificação do interesse pelos recém-nascidos, ficando com os sentidos mais aguçados para responder aos sinais do bebê e mostrando-se mais atraídas pelo contato físico com eles. Apesar da riqueza deste momento inicial, poucos são os estudos com humanos realizados no momento imediatamente após o parto em situações livres. Este método permite avaliar o comportamento do recém-nascido antes de qualquer interação social.

O objetivo do presente estudo foi aprofundar o conhecimento sobre a interação inicial por meio da descrição da frequência dos comportamentos da mãe, do recém-nascido e de





uma subamostra de pais em dois momentos do pós-parto: nos primeiros minutos de vida e aproximadamente 20 min após o parto.

■ MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 120 mulheres gestantes que realizaram o parto no Hospital Universitário da USP entre 2006 e 2008 e seus recém-nascidos. Cada gestante preencheu e assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido após elucidação das metas do trabalho. Este estudo tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (CAAE: 0051.0.198.000-06).

Instrumentos

Vídeos

Conforme prévio acordo com os médicos responsáveis pelo parto, e com a anuência das mães, as enfermeiras gravaram o parto e o pós-parto usando uma câmera de vídeo Sony Handycam HDR-XR100.

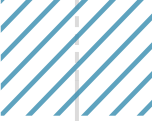
Durante as gravações a mãe permaneceu deitada sobre a maca na sala de parto com o bebê sobre o seu seio. Estavam presentes a equipe médica, a equipe de enfermagem e, em alguns casos, o acompanhante da parturiente. O contato pele a pele foi considerado nas análises apenas nos casos em que as enfermeiras colocavam o recém-nascido em contato direto (pele a pele) com o corpo materno, o que poderia acontecer antes ou após a avaliação do recém-nascido. Foram gravados vídeos com diferentes durações com média de dois minutos e dez segundos.

Com relação aos momentos de gravações houve dois tipos de vídeos:

a) *antes da avaliação clínica* - mostram o momento do pós-parto imediato, em que o bebê era posicionado no seio materno enrolado em panos, e as enfermeiras o enxugavam. O registro da díade (mãe e bebê) continuava enquanto o cordão umbilical era cortado (aproximadamente um minuto após o parto) e, no caso de partos normais, enquanto a placenta era expelida, e continuava até o recém-nascido ser levado pelas enfermeiras para o berço aquecido, para avaliação clínica. A duração destes vídeos foi de trinta segundos a sete minutos;

b) *após a avaliação clínica* – gravação da interação da mãe com o recém-nascido, ainda na sala de parto, após avaliação pela equipe de enfermagem, com o bebê envolto em





lençol e usando touca, cerca de 20 minutos após o parto. A duração desses vídeos foi de cinquenta segundos a quinze minutos.

Codificação dos vídeos

A codificação dos vídeos de interação da mãe com o recém-nascido foi realizada por meio do software Interact no Laboratório de Etologia Humana do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP) entre 2016 e 2017. As categorias utilizadas para o estudo em questão podem ser observadas no quadro abaixo:

Tabela 1. Descrição dos comportamentos observados dos recém-nascidos e das mães (etograma)

Comportamento dos recém-nascidos	
Corpo	Imóvel: não se movimenta, está com os músculos relaxados. Pode estar com olhos fechados ou abertos. Quietos, sem movimentos. Movimenta-se: qualquer movimento curto ou longo de braços, pernas, cabeça, boca, dedos.
Vocalização	Choro: bebê emite choro contínuo em voz alta. Claramente negativo. Choramingar: bebê emite som curto, pode ser por incômodo, ou porque foi acordado, ou porque parece estar acalmando-se.
Olhos	Abertos: é possível ver claramente que o bebê está com olhos abertos ou é possível verificar pelo movimento dos cílios abrindo e fechando. Fechados: os olhos do bebê claramente estão fechados (não em função de piscar). Olhando para mãe: quando o bebê olha claramente para alguma parte do rosto da mãe (não necessariamente olhos)
Acalmar-se	Acalmar-se: para esta categoria observa-se tanto a vocalização quanto o movimento corporal do bebê. Se o recém-nascido diminui a 'agitação' em relação ao momento anterior pode ser codificado como 'acalmar-se'. Por exemplo: bebê estava chorando e apresentava a musculatura do corpo rígida e movimentando-se e passa no momento seguinte a apenas choramingar com poucos movimentos leves.
Comportamentos maternos	
Contato físico	Contato com o corpo: bebê está deitado sobre o peito da mãe. Não contato: bebê não está no colo da mãe. Está apoiado nos braços da enfermeira. Mãe pode ou não estar tocando-o com as mãos ou com o seu rosto, mas o bebê não está em seu colo. Contato pele: o bebê está deitado sobre o peito da mãe e claramente foi colocado em contato pele a pele, ou seja, sem nenhum pano entre o recém-nascido e a mãe.
Toque	Contato afetivo: mãe está acariciando parte do corpo do bebê, ou está embalando o filho para ele se acalmar. O contato afetivo pode ser com as mãos, mas também pode ser um toque carinhoso com o nariz, com o rosto (geralmente quando a mãe não pode usar as mãos). Cuidado: mãe toca o bebê para ajustar posição dele em seu corpo, ou para arrumar a coberta, enxugar sua face, arrumar a touca do bebê, etc. Pode também estar com a mão segurando o corpo do bebê ou ainda pode mexer o corpo para ajustar a posição do filho em seu colo. Não toque: bebê pode ou não estar em contato com o corpo da mãe, mas a mãe não utiliza suas mãos ou face para tocá-lo afetuosamente ou ainda para segurá-lo, ajustá-lo em seu corpo. Não há movimento da mãe para segura-lo nos braços ou mesmo tocá-lo de forma carinhosa. Beijo: mãe beija o bebê
Vocalização	Fala com o bebê: quando mãe fala afetuosamente com o bebê (manhês) ou quando fala baixinho em seu ouvido. Pode também ser também emissão de sons afetivos 'owwwnnn' 'psiu, psiu' ou ainda 'shhhhhh' para acalmar o bebê. Qualquer vocalização da mãe direcionada ao bebê. Fala do bebê: quando a mãe responde a uma pergunta sobre o nome do bebê, sexo, vacinação ou qualquer outro fato que esteja relacionado ao bebê. Às vezes não é possível verificar exatamente o conteúdo do que se fala, mas é claramente relacionado ao bebê. Caso a mãe esteja no meio da conversa (escutando alguém falar ou falando) e não é possível saber sobre o que está falando, deve-se codificar 'conversa', pois não se deve inferir que a conversa seja sobre o bebê, a menos que esteja claro. Conversa: quando a mãe está conversando com outra pessoa sem ser sobre o seu filho. Pode estar respondendo uma pergunta ou perguntando algo para alguém que não esteja relacionado ao bebê. Não vocaliza: mãe não está conversando com ninguém ou emitindo qualquer outro tipo de som.



Comportamento dos recém-nascidos	
Olhos	Olha para o bebê: mãe claramente está olhando para alguma parte do rosto ou corpo do bebê. Caso não seja possível verificar se está olhando para baixo (médicos) ou para o bebê, codificar apenas 'olhos abertos'. Olhos abertos: mãe está claramente com olhos abertos. Caso não seja possível verificar os olhos abertos ou os cílios se movimentando, codificar não observável. Olhos fechados: quando mãe fecha os olhos, não em função de piscar os olhos. Ela geralmente está com olhos fechados por estar relaxando a cabeça na cama ou ainda quando está com dor ou sono.
Emoção	Sorriso: mãe claramente sorri (as bochechas ficam contraídas e a parte lateral dos lábios ficam elevados) ao olhar para o filho ou ainda em função de uma conversa com outra pessoa. Neutro: mãe não emite sinais claros de outra emoção (positiva ou negativa). Distress-dor: mãe mostra sinais de dor ou incômodo. Testa contraída, geralmente de olhos fechados, pode ou não ser acompanhada de alguma vocalização que indique dor 'ai'.
Não observável	Todas as categorias poderiam ser codificadas como não observável: quando não era possível observar por não estar no foco da câmera. Mesmo se provavelmente o recém-nascido continuava no mesmo estado que estava anteriormente, deve ser codificado 'não observável' caso não esteja sendo filmado naquele instante.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi calculado o índice de concordância entre juízes (kappa) (Viera & Garrett, 2005). A análise de concordância foi feita por dois pesquisadores cegos em relação à identidade dos participantes e suas características, com dez vídeos para cada categoria de observação. Os índices kappa apresentaram valores entre 0.63 e 0.78, indicando elevada concordância¹, de acordo com Landis & Koch (1977).

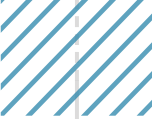
Descrição da amostra

Foram analisados os vídeos de interação mãe-bebê na sala de parto de 120 díades, sendo sessenta díades gravadas no pós-parto imediato e outras sessenta díades gravadas após a avaliação clínica dos bebês feita pelas enfermeiras, cerca de vinte minutos após o parto.

As mães tinham em média 25 anos (± 6) no momento do parto. A mais jovem tinha 16 e a mais velha 43 anos. Os pais tinham em média 28 anos (± 7). O mais jovem tinha 17 e o mais velho 58 anos. As mães tinham em média 9 anos de escolaridade (± 3), compreendendo uma faixa entre 1 e 16 anos de estudo. A maioria das mães convivia com o pai do bebê (N=104; 86,7%), a maior parte deles estava empregada (N=100; 85,5%), e a maioria deles não tinha filhos com outra mulher (N=96; 81%).

De todas as mulheres que participaram deste estudo, 49,2% (N=59) eram primíparas, 35% (N=42) já tinham um filho e 16% (N=19) tinham três ou mais filhos. A maior parte delas 73,7% (87) desejou ter esse filho, mesmo não tendo planejado a gravidez (N=88; 74,6%). 26% das mães (N=31) relataram ter tido episódios de depressão no passado, que não relacionavam à gestação. A maior parte dos bebês da amostra era do sexo feminino (63%,

¹ Valores interpretativos podem ser encontrados no site: <http://www.abgconsultoria.com.br/blog/coeficiente-de-concordancia-de-kappa/>



N=75). Das mulheres que conviviam com os pais da criança, a maior parte (70%, N=79) avaliou o relacionamento com o pai da criança como ‘pouco’ ou ‘nada conflituoso’.

As mães tiveram em média 39 semanas de gestação (± 1), entre 36 e 42 semanas. 53% das mães (N=61) tiveram acompanhante durante o parto, geralmente o pai da criança (63,3%) ou a mãe da parturiente (25%). Setenta e quatro por cento das mães (N=88) submeteram-se a parto vaginal (sendo 24% fórceps) e 26% a parto cesárea. A média de consultas de pré-natal foi sete (± 2), maior que o número mínimo (6) indicado pelo Ministério da Saúde. Catorze mães (12,2%) informaram ter fumado durante a gestação, sendo que quatro delas pelo menos 15 cigarros por dia. Apenas oito mães ingeriram álcool durante a gestação, com frequência menor do que uma vez por semana. Nenhuma das mães afirmou ter usado drogas ilícitas. As crianças nasceram com peso médio 3,342 kg (± 428 g); comprimento médio 49,3cm (DP ± 2) e perímetro cefálico médio de 34,6 cm ($\pm 1,3$). Todos os bebês da amostra nasceram com peso considerado normal e todos tiveram pontuação entre 9 e 10 no teste APGAR² avaliado no décimo minuto de vida, indicando boas condições de saúde.

Quando comparamos as amostras que foram filmadas antes e após a avaliação clínica pudemos verificar que não houve diferenças com relação à idade e escolaridade materna ($t=-0,15$; $p=0,988$ e $t=-0,750$; $p=0,455$ respectivamente), nem tampouco com relação à idade gestacional média no momento do parto ($t=0,007$; $p=0,995$), duração de trabalho de parto ($t=0,953$; $p=0,343$) e ainda ao peso do bebê ao nascer ($t=0,437$; $p=0,665$).

Tabela 2. Comparação entre as amostras filmadas antes e após a avaliação médica com relação à idade, escolaridade, idade gestacional, duração do trabalho de parto e peso do bebê ao nascer.

	Antes	Após
	M (DP)	M (DP)
Idade materna (anos)	25 (6)	25 (6)
Escolaridade (anos)	9 (2)	9 (9)
Idade gestacional (semanas)	39.5 (1)	39.5 (1)
Duração trabalho de parto (horas)	8.6 (7)	7.3 (7)
Peso do bebê ao nascer (Kg)	3.362 (384)	3.324 (467)

Com relação às variáveis categóricas, pode-se verificar na Tabela abaixo (Tabela 3) que as amostras não diferiram quanto ao número de filhos ($X^2=0,586$; $p=0,746$), quanto ao fato da mulher de ter ou não companheiro ($X^2=1,600$, $p=0,202$) e apresentar sinais de depressão pós-parto ($X^2=0,000$; $p=0,581$). A diferença do sexo dos bebês entre as amostras foi apenas marginalmente significativa ($X^2=2,526$; $p=0,08$), sendo que em ambas as

2 Escala APGAR é um teste desenvolvido pela Dra. Virginia Apgar (1909 – 1974), que consiste na avaliação de cinco sinais vitais do recém-nascido: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. As notas podem ser de 0 a 10 pontos. Pontuação maior ou igual a 7 indica normalidade.



amostras houve predominância do sexo feminino, mais acentuada na amostra posterior à avaliação clínica. No entanto as amostras foram diferentes quanto ao tipo de parto realizado ($X^2=28,840$; $p<0.001$), sendo que as mulheres da amostra anterior à avaliação clínica realizaram predominantemente partos normais, enquanto que a amostra posterior à avaliação clínica realizou predominantemente partos cesarianos. A amostra de mulheres observada antes da avaliação clínica teve significativamente mais acompanhantes no momento do parto em comparação as mulheres da amostra posterior à avaliação clínica ($X^2=26,673$; $p<0.001$).

Tabela 3. Comparação entre as amostras filmadas antes e após a avaliação médica com relação ao tipo de parto, número de filhos, acompanhante durante o parto, companheiro, sexo do recém-nascido e indicativos de depressão pós-parto.

		Antes N (%)	Após N (%)
Tipo de parto	Normal	39 (66.1)	21 (35)
	Cesárea	3 (5.1)	28 (46.7)
	Fórcipes	17 (28.8)	11 (18.3)
Número de filhos	Primeiro filho	28 (46.7)	31 (51.7)
	Segundo filho	23 (38.3)	19 (31.7)
	Terceiro ou +	9 (15)	10 (31.7)
Acompanhante parto	Não	24 (40.7)	51 (86.4)
	Sim	35 (59.3)	8 (13.6)
Companheiro	Não	12 (20)	18 (30)
	Sim	48 (80)	42 (70)
Sexo do bebê	Masculino	26 (44.1)	18 (30)
	Feminino	33 (55.9)	42 (70)
Depressão Pós-parto	Não	32 (69.6)	34 (69.4)
	Sim	14 (30.4)	15 (30.6)

Descrição dos comportamentos

Os vídeos foram analisados usando o método de amostragem instantânea (Altmann, 1974). A cada dez segundos o vídeo era pausado e os comportamentos da imagem congelada eram codificados conforme etograma previamente construído (Tabela 1), focando os comportamentos maternos, os do recém-nascido e em seguida o dos pais. Na tabela abaixo estão registradas as frequências dos comportamentos da mãe, do recém-nascido e dos pais após o parto, antes e após a avaliação clínica. Dentro de cada categoria observacional foi escolhido um comportamento para as análises (em negrito) (Tabela 4). Foi realizada uma análise de variância (ANOVA) para identificar possíveis diferenças na frequência de comportamentos observados entre a amostra antes e a amostra posterior à avaliação clínica. As frequências observadas foram transformadas em porcentagens, para possibilitar as comparações entre as gravações com diferentes durações de tempo.

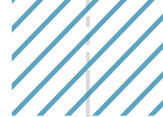


Tabela 4. Frequência média (em percentil), mínimo, máximo, desvio padrão, estatística F e valor-p dos comportamentos do recém-nascido, da mãe e do pai observados no pós-parto nas amostras antes e após a avaliação clínica.

Recém-nascido		Antes			Após			F	p-valor
		Média	Min-Max	DP	Média	Min-Max	DP		
Corpo	Movimento	0,75	0-1,0	0,28	0,68	0-1,0	0,35	1,28	0,25
	Imobilidade	0,24	0-1,0	0,27	0,32	0-1,0	0,35	2,09	0,15
Vocalização	Silêncio	0,44	0-1,0	0,31	0,80	0-1,0	0,26	46,78	0,000 **
	Choro	0,42	0-1,0	0,29	0,12	0-1,0	0,23	37,05	0,000 **
	Choramingar	0,14	0-0,7	0,15	0,07	0-0,4	0,11	7,9	0,006 **
Olhar	Fechados	0,77	0-1,0	0,35	0,51	0-1,0	0,39	14,43	0,000 **
	Abertos	0,16	0-1,0	0,28	0,37	0-1,0	0,38	11,39	0,001 **
	Olha mãe	0,07	0-1,0	0,2	0,12	0-1,0	0,24	1,76	0,187
Acalmar-se	Acalmou-se	0,49	0-1,0	0,29	0,84	0-1,0	0,23	51,53	0,000 **
	Não se acalmou	0,51	0-1,0	0,29	0,16	0-1,0	0,23	53,67	0,000 **
Mãe		Média	Min-Max	DP	Média	Min-Max	DP	F	p-valor
Corpo	Contato	0,51	0-1,0	0,22	0,42	0-1,0	0,47	12,6	0,23
	Cuidado	0,29	0-0,9	0,27	0,38	0-1,0	0,35	2,54	0,11
	Carinho	0,21	0-0,8	0,21	0,26	0-0,8	0,25	1,57	0,21
	Não Toque	0,50	0-1,0	0,32	0,36	0-1,0	0,4	4,79	0,03 *
Vocalização	Silêncio	0,75	0-1,0	0,26	0,65	0-1,0	0,27	0,69	0,40
	Fala com RN	0,09	0-0,8	0,18	0,16	0-0,8	0,23	1,8	0,16
	Fala sobre RN	0,10	0-0,6	0,12	0,10	0-1,0	0,16	0,06	0,93
	Conversa	0,06	0-0,5	0,11	0,08	0-0,6	0,13	0,72	0,39
Olhar	Olha o RN	0,60	0,09-1,0	0,26	0,64	0-1,0	0,27	0,75	0,38
	Abertos	0,34	0-0,9	0,24	0,29	0-0,9	0,22	1,42	0,23
	Fechados	0,06	0-0,7	0,13	0,07	0-0,7	0,16	0,07	0,78
Expressão facial	Neutro	0,68	0-1,0	0,26	0,77	0-1,0	0,27	2,02	0,15
	Sorriso	0,23	0-1,0	0,25	0,20	0-1,0	0,27	2,56	0,11
	Dor	0,05	0-0,7	0,11	0,02	0-0,4	0,06	1,4	0,20
	Choro e sorriso	0,04	0-0,6	0,11	0,01	0-0,3	0,05	1,29	0,28
	Choro	0,01	0-0,4	0,05	0	0-0,1	0,01	0,32	0,72
Pai		Média	Min-Max	DP	Média	Min-Max	DP	F	p-valor
Toque	Toca mãe	0,34	0-1,0	0,39	0,22	0-1,0	0,38	0,73	0,48
	Toca RN	0,03	0-0,3	0,08	0,00	0	0	4,94	0,013 *
	Toca RN-mãe	0,11	0-1,0	0,27	0,36	0-1,0	0,4	5,09	0,031 *

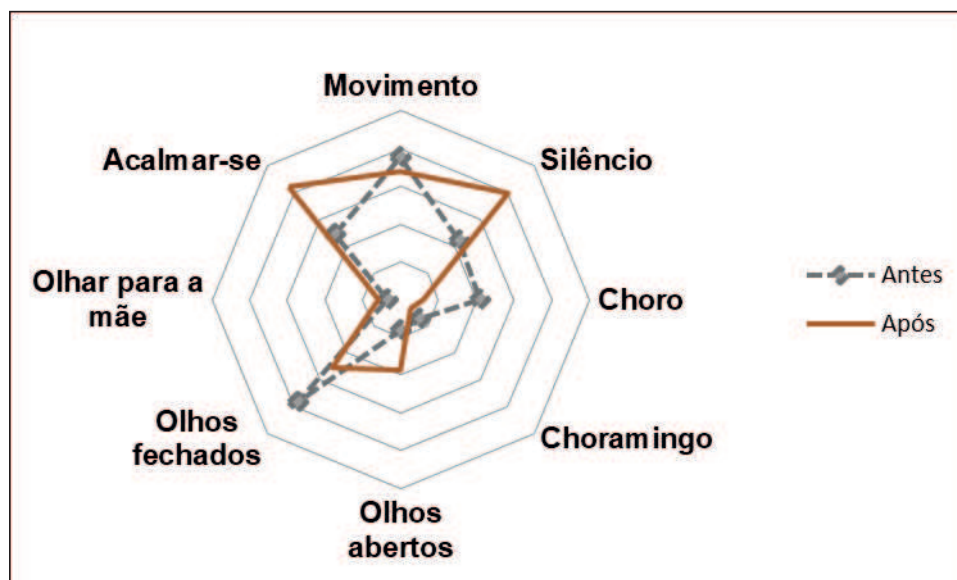
Na presente pesquisa foi observado que os recém-nascidos passaram a maior parte dos primeiros minutos de vida movimentando-se (75%), geralmente com os olhos fechados (77%) e a maior parte do tempo chorando ou choramingando³ (56%). Metade dos recém-nascidos (49%) desta amostra acalmou-se depois de alguns minutos. Na segunda amostra (após avaliação clínica), os recém-nascidos continuaram movimentando-se, mas apresentaram menor frequência de choro ($F=37,053$; $p<0,001$) e choramingo ($F=7,902$; $p<0,001$). Apesar de permanecer grande parte do tempo de olhos fechados (51%), os bebês mostraram maior

3 Choramingar é o comportamento de emitir gemidos intermitentes.



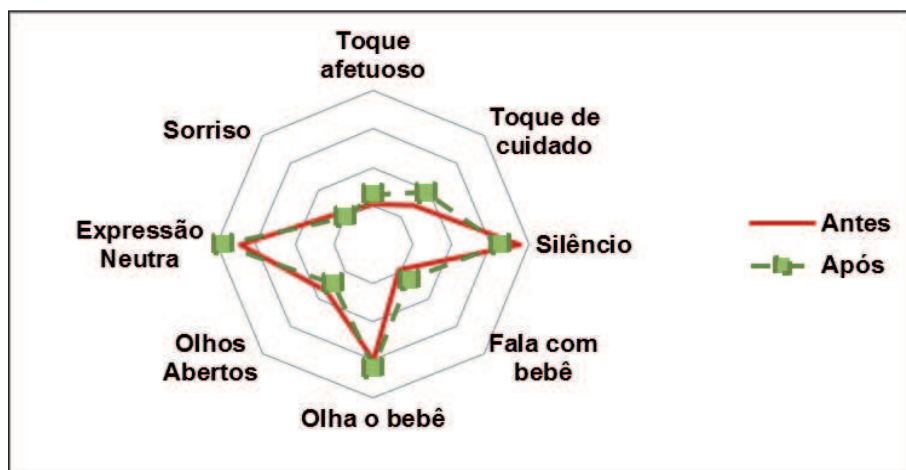
frequência média (37%) de olhar aberto na segunda amostra ($F=14,430$; $p<0,001$) e passaram em média 12% do tempo olhando para o rosto materno. A partir do gráfico abaixo é possível perceber que houve diferença na frequência dos comportamentos dos recém-nascidos ao comparar a amostra antes e após a avaliação clínica (Figura 1).

Figura 1. Frequência percentual média dos comportamentos dos recém-nascidos antes e após a avaliação clínica.



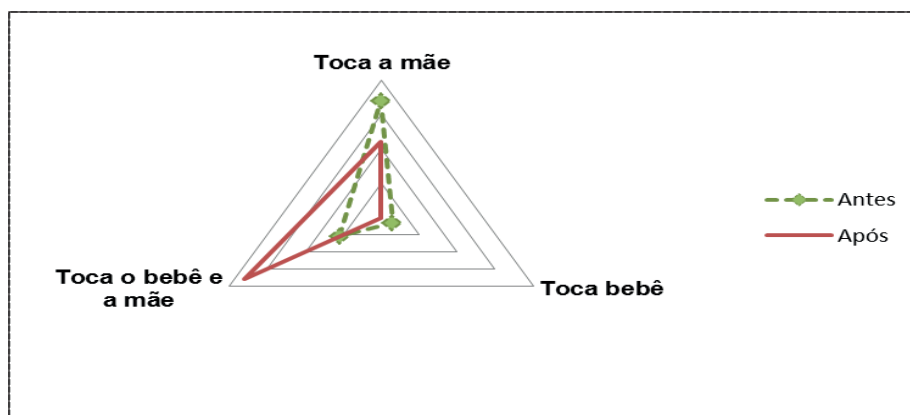
Conforme se observa na figura abaixo (Fig. 2), os comportamentos da mãe não foram significativamente diferentes entre as amostras obtidas antes e após a avaliação clínica. As mães passaram a maior parte do tempo olhando para o recém-nascido em ambas as amostras (60 e 64% respectivamente), geralmente em silêncio (75% e 65% respectivamente), e eventualmente falando com os recém-nascidos ou sobre eles (19 e 26% respectivamente). As mães apresentaram toques que demonstravam cuidados (arrumar a touca, posicioná-los melhor no colo) entre 21% e 26% do tempo respectivamente, e toque afetivo (embalo e carícias) durante 29% e 38% do tempo respectivamente. A expressão facial mais frequente foi a expressão neutra (68 e 77% parte do tempo respectivamente) seguida do sorriso (23% e 20% respectivamente).

Fig. 3. Frequência percentual média dos comportamentos da mãe antes e após a avaliação clínica.



Foram gravados apenas 35 pais de bebês na sala de parto, nos quais foi observada a frequência de toque: tocar a mãe, o bebê ou tocar ambos (mãe e bebê) ao mesmo tempo. Destas gravações foi possível observar que os pais tocaram mais frequentemente (34%) a mãe durante o tempo que estiveram presentes na sala durante os primeiros minutos após o parto (amostra anterior à avaliação clínica), enquanto passaram 11% do tempo tocando mãe e bebê e apenas 3% do tempo tocando somente o bebê. Já na amostra após a avaliação clínica foi observado menor frequência do toque somente à mãe (22%) e maior frequência de toque ao bebê e à mãe ao mesmo tempo (36%). Não foi observado toque paterno somente ao bebê (Fig. 3).

Figura 3. Frequência percentual média do toque paterno à mãe e ao bebê antes e após a avaliação clínica.



■ CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou estimar a frequência de comportamentos da mãe, do recém-nascido e dos pais nos primeiros minutos após o parto. Os resultados desta investigação podem contribuir para uma reflexão sobre as práticas das equipes de saúde que acompanham gestação e parto, e lança luz sobre políticas públicas efetivas.

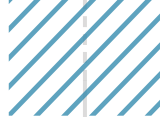


Comparando-se duas amostras antes e após a avaliação do recém-nascido pela equipe médica foi possível concluir que os recém-nascidos passaram a maior parte dos primeiros minutos de vida ativos, com o corpo em movimento, chorando, e geralmente com os olhos fechados. Após avaliação clínica, os recém-nascidos diminuíram parcialmente a frequência dos movimentos e a vocalização, aumentaram a frequência de olhar para o rosto materno e a maioria se acalmou. As mães passaram a maior parte do tempo olhando para o recém-nascido em ambas as amostras, geralmente em silêncio e eventualmente falando com os recém-nascidos ou sobre eles. As observações mostraram que as mães tocaram mais frequentemente os recém-nascidos após a avaliação clínica, geralmente com toques que demonstravam cuidados (arrumar a sua touca, posicioná-los melhor no colo) ou toques afetuosos (embalo e carícias). As mães sorriram mais frequentemente nos primeiros minutos de interação em comparação à amostra observada após avaliação clínica, embora a expressão facial mais frequente tenha sido a expressão neutra.

Na nossa amostra tivemos apenas 35 pais que acompanharam o nascimento de seus filhos (29%). Com relação ao comportamento do toque paterno, pudemos constatar que nos primeiros minutos após o nascimento do filho o comportamento mais frequente foi acariciar as mães. Poucos pais acariciaram ou tocaram os seus filhos neste momento. Após a avaliação clínica do bebê pela equipe médica o toque mais frequente dos pais passou a ter como alvo as mães e os recém-nascidos. Não houve registro do pai tocando somente o recém-nascido nesta amostra gravada aproximadamente 20 minutos após o parto.

É importante salientar que os vídeos foram gravados entre 2006 e 2008 e desde então muitas práticas foram alteradas no intuito de humanizar o parto e melhorar o bem-estar das gestantes. Atualmente está garantido por lei o direito à gestante de ter um acompanhante de sua escolha durante todas as etapas do trabalho de parto e ao contato físico com o recém-nascido logo após o nascimento (MAIA, 2008). O Hospital Universitário da USP, no qual foram coletados os dados, recebeu em 2006 o título de 'Hospital Amigo da Criança', título fornecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) às instituições que apoiam o aleitamento materno. Para obter este título o hospital também precisa apresentar uma taxa de nascimentos cesarianos abaixo de 30%. Estima-se que com a implementação destas técnicas de apoio ao aleitamento materno no Brasil, houve aumento da prevalência da amamentação na primeira hora de vida em 11,7% em comparação aos hospitais das capitais brasileiras que não as implementaram, o que resultou em redução de 3,5 % a 4,2% de óbitos infantis de bebês entre sete e 180 dias (SILVA *et al.*, 2018). Considerando as amostras analisadas no presente estudo (N=120), a prevalência de partos cesarianos foi 26%, abaixo da prevalência brasileira (56%), no entanto acima da taxa recomendada pela Organização Mundial da Saúde (10 a 15%) conforme





dados da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec), do Sistema Único de Saúde (SUS) (2015).

Poucos estudos foram encontrados sobre a primeira interação mãe-bebê no pós-parto imediato. Entre eles, o estudo mais recente codificou os comportamentos de 28 recém-nascidos de parto normal e espontâneo, todos saudáveis, ao longo da primeira hora imediatamente após o parto, e descreveu nove fases comportamentais pelas quais a maioria deles passou, sem qualquer intervenção da equipe médica ou dos pais: de um período de choro intensivo, os recém-nascidos passaram por um breve período de relaxamento, em seguida despertaram, locomoveram-se até encontrar o seio materno, alimentaram-se e dormiram. Este estudo mostra que bebês nascem com um repertório comportamental adaptativo que lhes garantiu a sobrevivência durante os milhares de anos (WIDSTRÖM *et al.*, 2011). No presente estudo também foram observadas algumas características que corroboram esses resultados. A amostra gravada após a avaliação clínica é composta de bebês que choram menos, acalmam-se mais, e permaneceram mais tempo de olhos abertos em relação à amostra anterior à avaliação clínica. A frequência do toque materno e paterno aumentou ao comparar a amostra anterior à avaliação clínica com a amostra posterior à avaliação. Embora seja provável, não é possível afirmar que esta diferença tenha se dado pelo tempo transcorrido, visto que se trata de duas amostras diferentes, e para fazer esta afirmação seria necessário um estudo longitudinal ou vídeos com durações mais longas.

■ AGRADECIMENTOS

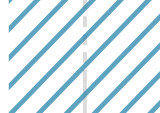
Agradecemos a equipe de profissionais da maternidade do Hospital Universitário da USP que realizaram as filmagens do momento no pós-parto e a todos os pesquisadores e estudantes que participaram diretamente da coleta de dados. Agradecemos especialmente todas as famílias que compartilharam conosco momentos importantes de suas vidas.

Esta pesquisa recebeu financiamento da FAPESP (Processo 2006/59192-2).



■ REFERÊNCIAS

1. ABOELLAIL, Mohamed Ahmed Mostafa; HATA, Toshiyuki. Fetal face as important indicator of fetal brain function. **Journal of perinatal medicine**, v. 45, n. 6, p. 729-736, 2017.
2. BUSSAB, Vera Silvia Raad; RIBEIRO, Fernando Leite. Biologicamente cultural. **Psicologia: reflexões (im) pertinentes**, p. 175-193, 1998.
3. BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Angela; OSIS, Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1316-1327, 2005.
4. CASTIELLO, Umberto et al. Wired to be social: the ontogeny of human interaction. **PloS one**, v. 5, n. 10, p. e13199, 2010.
5. DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, p. 627-637, 2005.
6. MAIA, Mônica Bara. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. **Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais**, 2008.
7. MARX, Viola; NAGY, Emese. Fetal behavioural responses to maternal voice and touch. **PloS one**, v. 10, n. 6, p. e0129118, 2015.
8. MERCER, Ramona T.; HACKLEY, Kathryn C.; BOSTROM, Alan G. Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. **Nursing Research**, 1983.
9. NORR, Kathleen L. et al. Explaining pain and enjoyment in childbirth. **Journal of health and social behavior**, p. 260-275, 1977.
10. OLADAPO, O. T. et al. Cervical dilatation patterns of 'low-risk' women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 125, n. 8, p. 944-954, 2018.
11. PARKE, R. R.; GROSSMANN, Karin; TINSLEY, B. T. Father-mother-infant interaction in the newborn period: A German-American comparison. **Culture and early interactions**, p. 95-113, 2014.
12. PARKE, Ross D. et al. Mother-Father-Newborn Interaction: Effects of Maternal Medication, Labor, and Sex of Infant. 1972.
13. REISSLAND, Nadja et al. Do facial expressions develop before birth?. **PLoS One**, v. 6, n. 8, p. e24081, 2011.
14. SILVA, Osvaldinete Lopes de Oliveira et al. The Baby-Friendly Hospital Initiative: increasing breastfeeding and decreasing infant mortality in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, p. 481-489, 2018.
15. THOMAZ, Ana Claire Pimenteira et al. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 10, p. 139-146, 2005.
16. WALDENSTRÖM, Ulla et al. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. **Birth**, v. 23, n. 3, p. 144-153, 1996.



17. WIDSTRÖM, A.-M. et al. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. **Acta paediatrica**, v. 100, n. 1, p. 79-85, 2011.
18. YAN, Fang et al. Four-dimensional sonographic assessment of fetal facial expression early in the third trimester. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 94, n. 2, p. 108-113, 2006.
19. ZOIA, Stefania et al. Evidence of early development of action planning in the human foetus: a kinematic study. **Experimental Brain Research**, v. 176, n. 2, p. 217-226, 2007.

