

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Eliana Lemos Pommé

O vínculo mãe – bebê: primeiros contatos e
a importância do *holding*

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Eliana Lemos Pommé

O vínculo mãe – bebê: primeiros contatos e
a importância do *holding*

Mestrado em Psicologia

Dissertação apresentada à Banca Examinadora
como exigência parcial para obtenção do título de
Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo, sob a
orientação da Prof^a. Doutora Ceres Alves de
Araújo

SÃO PAULO
2008

Pommé, Eliana Lemos

O vínculo mãe – bebê: primeiros contatos e a importância do *holding* /
Eliana Lemos Pommé. - 2008

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC –
SP. Programa de Pós – graduação em Psicologia Clínica.

1. Vínculo 2.Mãe 3.Bebê 4.*Holding*

ERRATA

Pág. 5	- Na linha 2 onde se lê “(LÉBOYER, 2000)” leia-se “(LEBOYER, 1998)”
Pág. 39	- Item 3.4.1 onde se lê (ANEXO II) leia-se (ANEXO B) - Item 3.4.2 Acrescentar: “... durante 15 minutos.” - Item 3.4.3 onde se lê (ANEXO IV) leia-se (ANEXO E)
Pág. 42	- Item 3.4.4 onde se lê (ANEXO III) leia-se (ANEXO C)
Pág. 43	- Na linha 19 acrescentar: “... e quando o comportamento se manifestava pelo menos uma vez, foi registrado um ponto” - Item 3.6.1 acrescentar Nº. do Protocolo 128/2005
Pág. 44	- Item 3.6.3 onde se lê (ANEXO I) leia-se (ANEXO A) - Item 3.6.4 onde se lê (ANEXO IV) leia-se (ANEXO E)
Pág. 50	- Na linha 7, acrescentar: “ ..., estendendo o tempo da coleta dos dados a fim de parear a amostra.”
Pág. 59	- Onde se lê “... 60% das mães não planejou...” leia-se “60% das mães planejou...”
Pág. 69	-Na Figura 25 acrescentar no eixo vertical do Gráfico o título “Porcentagem”.
Pág. 78	- Na Figura 26 acrescentar no eixo vertical do Gráfico o título “Porcentagem”
Pág. 89	- Acrescentar as referências: -LACRETA, P. Homero, <i>Vegetoterapia Caratero-Analítica</i> 1992, In Revista Reichiana do Instituto Sedes Sapientiae, Nº. 1, da pág. 51 a pág.56. -LEBOYER, Frédérick; Shantala – Uma arte tradicional - massagem para bebês Editora Ground, 7ª ed. 1998.
Pág. 91	- Onde se lê: “SOLLITTO, Neyde; <i>A relação mãe-bebê durante o banho</i> ” leia-se “SOLLITTO, Neyde; <i>Observação da interação mãe-nenê em uma situação natural.</i> ”

Banca Examinadora:

Agradecimentos

Aos meus filhos Luana, Naila e Petrus por me oferecerem a oportunidade de vivenciar uma experiência tão gratificante quanto o vínculo entre mães e bebês e abrirem as portas para meu caminho profissional.

À Prof.^a Ceres de Araújo pela paciente orientação e aos Profs. Denise Ramos e Claudio Wagner pelas sugestões significativas na ocasião da Qualificação.

À Mônica Caspari que há vinte e seis anos me colocou em contato com os trabalhos corporais para gestantes e muito generosamente a iniciar as pesquisas em vínculo mãe bebê.

Aos meus amigos reichianos do *Movimento R 76: Ação e prevenção em saúde psicorporal*, Vera, Homero, Cristina, Cláudia e Cláudio que me permitiram tantos debates quantos necessários para que eu pudesse empreender este estudo.

Às amigas e companheiras de projetos no Amparo Maternal, Elô, Kátia e Maiana que compartilharam comigo momentos de reflexão sobre a produção de conhecimento em cima de nossas práticas.

Às professoras da escola de Enfermagem da USP, Maria Alice, Dulce, Malú, e Emília, que me ensinaram muito sobre a relação mãe-bebê, assim como sobre o valor das relações de amizade.

Para a amiga e Prof.^a Amélia Kimura, que sem o saber, ofereceu-me uma direção metodológica.

Para a Prof.^a Isabel, amiga e parceira em muitos projetos, que me recebeu em sua casa logo no princípio e ofereceu-me importantes sugestões.

À Regina Favre que me ofereceu *holding* nos momentos decisivos.

À Natura Cosméticos que forneceu subsídios para o desenvolvimento deste estudo.

À Paula, Renata, Carol, Gisele e Maria Helena, colaboradoras da Natura que participaram e acompanharam com entusiasmo muitas etapas do trabalho com o vínculo mãe-bebê.

Às mãos maravilhosas de Márcia Coelho que massageiam e me acalmaram.

Para Jussara, que tem a arte de me acolher há muitas décadas e se tornou uma ótima ouvinte em muitos momentos.

Aos meus irmãos, Eliete e Maurício, com quem compartilhei muitos momentos desta pesquisa, em longas conversas telefônicas.

À Vilma que forneceu a infra-estrutura no lar para que eu pudesse me dedicar integralmente.

Ao Sr. Emílio, Ir. Enir, Eneida, Mercedes, Paulo e Ruth que tantos acessos me propiciaram aos corredores do Amparo Maternal.

A todos os funcionários do Amparo Maternal especialmente às auxiliares de enfermagem que colaboraram com a extensa coleta de dados.

A todas as mães e bebês que passaram por minha história profissional e pessoal que sem o saberem foram co-autoras desta dissertação.

MUDAR O NASCIMENTO PARA MUDAR A VIDA

...Por um nascimento mais humano e pelo respeito à vida.

...Pelo direito de ser agente do próprio processo e vivenciar a plenitude de dar a luz.

...Que os ritmos naturais e espontâneos sejam respeitados e que a gravidez seja uma oportunidade para o aprendizado da auto-regulação.

...Que a gestante seja assistida não só tecnicamente, mas também em seu susto, seu pânico, sua dor e sua confusão.

...Pelo direito da gestante de compartilhar suas experiências.

...Que as mulheres tenham acesso a todas as informações que dizem respeito a maternidade.

...Que as mães e seus bebês estejam juntos, em contato, em sintonia e em mútua aprendizagem.

...Que possamos enquanto profissionais de saúde, dedicar mais tempo à prevenção da neurose, acreditando nos aspectos saudáveis das pessoas, trabalhando para fortalecê-los e ampliá-los.

Pommé e al. (1996)

RESUMO

Este estudo trata das manifestações de comportamento de vínculo mãe-bebê em puérperas que tiveram seus bebês em Centro de Parto no Amparo Maternal, na cidade de São Paulo. Teve como objetivos: descrever as manifestações de comportamento de vínculo mãe-bebê no primeiro encontro após o parto e analisar a função do *holding* na promoção do vínculo. O termo *holding* é utilizado como contexto de acolhimento, suporte e cuidados tanto da mãe para com o recém-nascido, como da família em relação à mãe. Os referenciais teóricos utilizados são os conceitos psicanalíticos sobre o ciclo grávido puerperal (Winnicott, Maldonado, Szejer), os teóricos contemporâneos do bebê (Stern, Lichtenberg) e a abordagem psicorporal de prevenção em saúde de Wilhelm Reich.

Para obtenção dos dados foram utilizadas gravações em vídeo da relação mãe-bebê e entrevista clínica semidirigida. Dos resultados emergiram dois grupos de mães heterogêneos em relação ao *holding*, em duas situações: de interação mãe-bebê e interação da mãe com o ambiente familiar. O estudo aponta para a importante função do *holding* que a família oferece à mulher durante a gestação e a perspectiva de obter *holding* durante o pós-parto na promoção do vínculo mãe-bebê.

Este estudo contribui para a compreensão da importância da assistência psicológica como forma de promoção de vínculo, ampliando o universo de intervenção no ciclo grávido-puerperal para as famílias.

Palavras chaves: Vínculo, Mãe, Bebê. *Holding*

ABSTRACT

This study is about the behavioral manifestations between mother and baby while in a puerperal state, who had their babies at the Labor Center of Amparo Maternal in the city of São Paulo. The objectives were: describe the behavioral manifestations related to mother and baby bonding in the first meeting after labor and analyze the purpose of *holding* for bonding. The word holding is used meaning welcoming, protecting and caring from mother to the newborn child as well as from the family towards the mother. The theoretical references used are psychoanalytic concepts about the pregnant-puerperal period (Winnicott, Maldonado and Szejer), the modern baby theoreticians (Stern, Lichtenberg) and the body-mind approach in health prevention by Wilhelm Reich.

In order to gather data, video recordings of the mother-baby relationship were used as well as semi-guided interviews. From the results, two heterogeneous groups of mothers emerged in two situations in relation to *holding*: in the interaction between mother and newborn and in the interaction between the mother and her family surroundings. The study points to the importance of *holding* that the family offers to the woman during pregnancy and the prospect of receiving *holding* during and after labor in order to foster bonding between mother and baby.

This study contributes to the understanding of the importance of psychological assistance as a way to foster bonding, and thus, broadening the gamut universe of interventions in the pregnant-puerperal period for the families.

Key words: Bonding, Mother, Baby, *Holding*

Sumário

	Página
Resumo	i
Abstract	ii
Introdução	1
Capítulo 1 - Objetivos	10
Capítulo 2 - Revisão da literatura	12
2.1. Natureza do vínculo	13
2.2. Breve histórico sobre os estudos da relação mãe-bebê	15
2.3.O desenvolvimento do vínculo mãe-bebê durante o ciclo grávido- puerperal.....	18
2.3.1. Gestando - Vínculo materno-fetal vínculo	18
2.3.2. A experiência do parto	22
2.3.3. A relação mãe-bebê – O pós-parto	27
2.4. Políticas públicas: “Humanização do parto” no Brasil	32
Capítulo 3 - Método.....	36
3.1. Tipo de estudo	37
3.2. Local	37
3.3. Amostra.....	39
3.4. Instrumentos	39
3.4.1 Ficha de Identificação	39
3.4.2 Gravação em DVD	37
3.4.3 Roteiro de observação	39
3.4.4. Entrevista clínica semidirigida	42
3.5. Procedimentos	43
3.6. Cuidados Ético.....	43
Capítulo 4 – Resultados e Discussão.....	45

4.1. Caracterização da população	46
4.1.1. Faixa etária e Idade.....	46
4.1.2. Faixa etária e escolaridade	49
4.1.3. Paridade: primiparidade e multiparidade.....	50
4.1.4. Planejamento da gestação	50
4.2. Dados sobre as manifestações de comportamentos, indicado – res de interação mãe e filho.....	51
4.2.1. Comportamentos de interação mãe-bebê na dinâmica dos primeiros contatos.....	52
4.2.2. Grupos de mães: Atenção materna, Afetos, Proximidade.	56
4.2.3. A s mães e seus bebês. Os bebês e suas mães.....	62
4.3. Dados sobre a experiência materna.	64
4.3.1 As emoções e o <i>holding</i> durante a gestação	64
4.3.2 A dor e a presença de <i>holding</i> no trabalho de parto e parto	69
4.3.3 O encontro com o bebê.....	72
4.3.4 Perspectivas de <i>holding</i> no pós-parto.	73
4.4. Comparando os Grupos de mães e a experiência materna.....	77
4.5. Discussão	78
 Capítulo 5 – Considerações finais.....	82
5.1. Conclusão	83
5.2. Propostas de intervenção para promoção do vínculo mãe- -beb.....	83
 Referências	87
 Anexos	92
Anexo A - Termo de consentimento livre e esclarecido	93
Anexo B - Ficha de Identificação	95
Anexo C - Roteiro da Entrevista Semidirigida	96
Anexo D - Autorização para publicação de imagem	97
Anexo E - Roteiro de observação	98

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade diversos foram os significados atribuídos às fases da vida e à relação entre as mães e seus filhos. Fatores históricos, sociais, culturais e científicos influenciaram na configuração das relações familiares, da relação mãe-bebê e nos procedimentos que envolvem o nascimento. O crescente interesse da ciência pela criança tem possibilitado algumas constatações como a relevância do vínculo primitivo mãe-bebê no desenvolvimento integral de uma pessoa.

Hoje sabemos que o vínculo primitivo na relação mãe-bebê começa a constituir-se desde a gestação e continua a fortalecer-se durante o ciclo grávido puerperal e infância. A forma como nascemos e como somos recebidos no mundo são acontecimentos muitas vezes influentes na direção que nossa história pessoal pode tomar. A qualidade do vínculo mãe-filho, importante ligação afetiva, imprime marcas no desenvolvimento da personalidade de uma pessoa e nas relações que ela estabelece em seu cotidiano e com o mundo. Deveria, portanto, ser considerada uma questão primordial em saúde pública, no sentido de oferecer dispositivos de atenção integral desde a concepção até o puerpério.

É a partir do trabalho profilático no princípio da vida que podemos trazer transformações na qualidade de vida da humanidade. Por isto escolhi voltar-me para a identificação dos fatores de promoção de vínculo mãe-bebê, especialmente a importância do *holding* no ciclo grávido puerperal, período que compreende desde a concepção até os primeiros meses após o parto. O termo *holding* deriva do verbo to hold do inglês, que significa sustentar, conter, dar suporte. Donald Winnicott (2001) definiu *holding* como a "provisão ambiental fornecida pela mãe que permite ao bebê a experiência de confiabilidade". Refere-se à forma total do relacionamento mãe-filho, quando o bebê se sente compreendido em suas necessidades específicas e atendido de modo adequado, o que inclui: "o suporte físico e psicológico, o segurar físico do bebê, a rotina completa dos cuidados, levando em conta a sensibilidade da pele do lactente, protegendo-o da agressão fisiológica". Nos primeiros estágios do

bebê, "uma das principais funções da mãe suficientemente boa, é o *holding* que pressupõe a capacidade empática da mãe de se identificar com seu bebê".

Nesse estudo o termo *holding* será utilizado também como contexto de acolhimento, aceitação, suporte e cuidados à mãe durante o ciclo grávido puerperal.

O contato com gestantes, mães, pais, bebês e profissionais de saúde da mulher, em minha atuação profissional, assim como a vivência pessoal da maternidade, vem reforçando a idéia de que é imprescindível mais dedicação aos momentos iniciais do desenvolvimento das crianças.

A escolha deste tema de estudo tem uma conotação especial relacionada aos caminhos que a minha vida profissional tomou em consonância com minha vida pessoal. Para explicitar os motivos da direção seguida, achei necessário retomar as experiências e vivências do passado.

A Psicologia, como escolha profissional, chegou junto com a adolescência e o contato com a orientadora pedagógica do colégio onde estudava. Os conflitos inerentes a um momento tão conturbado quanto a adolescência foram compreendidos e encaminhados com sensibilidade e sabedoria pela pedagoga Olga Bechara e, como acreditava que ela fosse psicóloga, escolhi, naquele momento, a psiquê como objeto de meu interesse. Os Ginásios Vocacionais fizeram parte de um Projeto Educacional coordenado pela Dra. Prof.^a Maria Nilde Macelani, experiência implantada em seis unidades de Ensino Público no Estado de São Paulo, que trazia em sua estrutura uma pedagogia inovadora. Esta experiência de vanguarda em pedagogia construtivista foi importante em minha formação, colocando-me possibilidades de autonomia de pensamento, crítica e ação no mundo; apontando a educação como instrumento de transformação do jovem, prevenção de neurose e promoção de saúde.

No Instituto de Psicologia da USP cheguei com a intenção de direcionar minha formação para a área escolar e da educação. Ao ingressar no Centro Acadêmico ampliei meus horizontes políticos e, como resultado, a psicologia tomou dentro de mim dimensões sociais. Durante a graduação adquiri um grande desejo de interferir na realidade social; não bastava a participação no movimento político estudantil da década de 1970, eu queria "politizar o cotidiano", desejava uma atuação profissional que agregasse meus desejos de transformar a realidade do Homem, sua qualidade de vida.

Questionava-se na década de 1980 a clínica individual e particular, como alienada das questões sociais, encarando-a como "psicologia de elite". Realmente poucos tinham acesso aos consultórios particulares. Em 1979, as aulas de Filosofia, com a Prof. Dra. Marilena Chauí, colocaram-me diante de Wilhelm Reich e suas idéias, através da leitura e discussão do livro *A revolução sexual*. Os contatos com o Prof. Dr. Norberto Abreu e Silva, suas explanações sobre as teorias de Reich e indicações de trabalhos corporais levaram-me a estudar a abordagem reichiana, que começava a germinar no Brasil.

Na mesma época fui convidada para ser monitora da disciplina "Psicologia aplicada à Enfermagem", na Escola de Enfermagem da USP e durante alguns semestres encarreguei-me desta tarefa, com bastante dedicação. Não imaginava que anos mais tarde, estaria dando estas mesmas aulas como professora convidada e estabeleceria uma parceria importante com as enfermeiras, trabalhando em acompanhamento de partos ao lado das obstetrizas.

A gestação e o nascimento de minha primeira filha, em 1982, foram vivências determinantes em meu futuro profissional. Durante a gravidez participei de trabalhos corporais, yoga, eutonia, antiginástica, feldenkraus, massagem e psicoterapia reichiana. Estes cuidados ofereceram-me a oportunidade de viver a experiência da gravidez de forma gratificante. Um parto tranqüilo e um vínculo muito bom com minha filha inspiraram as intenções de trabalhar com esta fase da vida. A experiência com a Prof.^a Mônica Caspari, orientadora de trabalho corporal, participando de seus grupos de gestantes no GAMP (Grupo de Apoio a Maternidade e Paternidade), como gestante e como assistente, possibilitou-me aprender muito sobre a importância do trabalho preventivo naquele momento. Supervisionada por ela passei a trabalhar com gestantes e mães, transformando minha clínica em espaço de profilaxia.

A preparação para o nascimento, como um fator imprescindível na prevenção da neurose e na qualidade de vida do Homem, passou a fazer parte de meus interesses. O trabalho na clínica, atendendo gestantes, casais, mães e pais, tornou-se um foco importante de intervenção clínica e espaço para experimentações, em uma área na qual poucas pesquisas são desenvolvidas.

Os trabalhos em grupo propiciavam uma troca intensa de experiências e preparavam as gestantes e seus companheiros a se conhecerem melhor para

receber seus bebês. Relaxamento, exercícios de consciência corporal e respiração, faziam parte dos encontros. Ensinar Shantala, massagem para bebês (LÉBOYER,2000), passou a fazer parte do meu projeto clínico. Encontrava um caminho diferente da clínica existente naquela época, que privilegiava as psicoterapias individuais, voltando-me para os grupos de grávidas, mães, casais e profissionais da saúde ligados ao nascimento.

A primeira experiência de formação para profissionais ligados à saúde aconteceu em 1991, em curso realizado no consultório particular, quando a presença de algumas docentes da Escola de Enfermagem da USP gerou uma parceria fundamental e a elaboração de muitos projetos de atuação conjunta.

Em 1992, passei a oferecer o curso de expansão "Abordagem Reichiana no Atendimento ao Ciclo grávido-puerperal", no Instituto Sedes Sapientiae. Durante este período tive a oportunidade de estar na Escola de Enfermagem da USP, oferecendo cursos de expansão e participando como professora convidada, nos cursos de graduação e especialização, do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Materno-infantil. Ao mesmo tempo as docentes da USP enriqueciam as aulas, no curso que era coordenado por mim, no Sedes. As atividades, em parceria com as enfermeiras obstetras, tanto na Universidade quanto no Instituto, ampliaram a visão do universo profissional em saúde nesta área e reforçaram a importância da transdisciplinaridade.

O "Serviço de Atendimento a Gestantes e Puérperas" da Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae, criado por mim em 1995 e sob minha coordenação até 1999, encontra-se em funcionamento até hoje. O Serviço contempla mães de baixa renda que não têm acesso a este tipo de atendimento. Em parceria com a FEBEM (Fundação Estadual de Bem Estar do Menor), oferecíamos assistência psicológica a adolescentes grávidas e mães desta instituição. No Serviço de Pré-Natal do Amparo Maternal, a partir de 1999, trabalhei com grupos de vivência corporal para gestantes que aguardavam pela consulta em sala de espera. Esta atuação se ampliou com a criação do "Projeto Saúde Emocional no Amparo Maternal". Um grupo de psicólogas sob minha coordenação reuniu-se em torno do Projeto e passou a realizar intervenções no Berçário Clínico, no Centro Obstétrico, na Maternidade, no Alojamento Social e junto aos funcionários.

Para informar sobre a importância do vínculo mãe-bebê e oferecer vivências de sensibilização, realizei em 2005, em parceria com a Empresa Natura Cosméticos, o Projeto "Oficinas de Vínculo". As Oficinas destinadas a vendedoras autônomas, grávidas e mães das capitais e do interior dos Estados brasileiros, em sua maioria das classes menos favorecidas, ofereceram um panorama da realidade nacional, do grau de conhecimento das famílias sobre o vínculo primitivo e apontaram para a necessidade de criar espaços para discutir o tema. Nas cinquenta oficinas já realizadas em cidades brasileiras pôde-se observar a falta de conhecimento sobre os temas que envolvem a gestação, o parto, o nascimento, a maternidade, a paternidade e as condições fundamentais para que o vínculo mãe, bebê e pai se fortaleçam.

Estas experiências clínicas e institucionais reforçam a importância do trabalho preventivo, a partir do princípio da vida. Durante todos estes anos os princípios que nortearam minha prática foram os ensinamentos de Wilhelm Reich, Eva Reich, seus seguidores e companheiros de profissão empenhados na prevenção em saúde *psicorporal*. Para um maior entendimento torna-se necessário introduzir o leitor em algumas questões desta abordagem que motivaram minha prática e a escolha do tema.

Reich publicou um livro em 1950, para o qual deu o título de Crianças do Futuro, no qual declara suas preocupações com o futuro da humanidade que está nas mãos de nossos bebês e propõe uma estratégia de prevenção, a partir do nascimento, pois, para ele "está no princípio da vida a chave para predispor as crianças e os futuros adultos à saúde emocional". Sua indignação apresentada em um recorte transcrito a seguir, continua pertinente nos dias de hoje, guardando-se a ressalva de que os bebês não recebem mais um tapa quando nascem e geralmente ficam menos tempo afastados de suas mães.

Quando nasce, uma criança sai de um útero caloroso, a 37 graus centígrados, para um espaço frio, entre 18 e 20 graus. Isto é bastante desagradável. O choque do nascimento... Bastante desagradável. Mas até que, poderia se sobreviver a isto se não acontecesse o seguinte: Assim que o bebê sai de sua mãe, ele é pendurado pelas pernas e leva um tapa nas costas. Este é o primeiro presente que ganha. O próximo presente é ser afastado da mãe... Preste atenção nisso... Soará como algo inacreditável daqui a cem anos... Ele é separado da mãe. A mãe não deve tocar ou ver o bebê. O bebê não tem nenhum contato corporal, após nove meses de contínuo contato corporal com a mãe, numa temperatura alta - o que nós chamamos de contato

corporal de energia orgonótica - o campo de ação entre eles, o calor e aquecimento (REICH, 1950).

Em outro trecho, ele comenta sobre os reflexos do sofrimento das crianças com o afastamento da mãe e outros procedimentos invasivos no seu desenvolvimento; aponta a linguagem corporal como importante forma de expressar o sofrimento: o encorajamento muscular que não pode ser expresso em palavras:

Então o que esta criança irá fazer? Como ela reage a isto? Como ela reagirá a isto bioenergeticamente? Ela não pode ir até você e dizer: "- Ei, eu estou sofrendo muito". Ela não pode dizer "não" em palavras, você entende? Mas esta é sua situação emocional. E nós orgonomistas, sabemos disso. Nós extraímos isto de nossos pacientes; extraímos isto de suas estruturas emocionais e de seu comportamento, não de suas palavras. Palavras não podem expressar isso. Aqui, bem no início, o rancor se desenvolve. Aqui o "não" se desenvolve; o grande "NÃO" da humanidade. "E então você se pergunta por que o mundo está tão confuso." (REICH, 1950)

Reich dedicava-se intensamente a procurar meios para prevenir as neuroses e o sofrimento humano, chegando à conclusão de que tudo é princípio e começo ou seja, traumas já podem acontecer na gestação, no parto e na primeira infância. Em 1935 sua amizade com Alexander Neill, fundador da Escola Summerhill em Londres, estimulou nele um grande interesse pela criança. Em 1942 o nascimento de seu terceiro filho acirrou seu interesse pelos bebês, levando-o a afirmar que estava descobrindo a "verdadeira natureza de um bebê recém-nascido" e o quanto está assustado com o seu pequeno conhecimento "sobre as coisas mais primitivas da vida" (ALBERTINI, 1994).

Em 1949 iniciou uma pesquisa sobre a relação mãe- bebê, passando a trabalhar com gestantes, parturientes e com a relação mãe e filho durante os primeiros meses após o parto. A partir de sua prática e discussões clínicas sobre os casos atendidos passa a propor ações profiláticas no período da gestação, trabalho de parto e durante o parto, bem como um acompanhamento psicológico para a dupla mãe-bebê no pós-parto. Passou a estudar a criança saudável e pesquisar intervenções de caráter preventivo da neurose. Seus recursos financeiros foram destinados, após sua morte em 1957, ao "Fundo de Crédito para Bebês Wilhelm Reich", entidade envolvida com estudos sobre a infância (BOADELLA, 1985).

Educação e promoção de saúde permeiam toda a obra reichiana e atravessaram também minhas indagações em psicologia durante meu percurso

profissional. O interesse pelo princípio da vida e a prevenção da neurose, a partir da gestação e parto, são fundamentais no legado que Reich nos deixou. Estudar a criança saudável foi um de seus objetos de estudo, em uma época na qual a atenção sobre elas voltava-se para os efeitos da privação em órfãos da II Guerra Mundial. Na mesma época Winnicott realiza palestras sobre a criança saudável, nas quais faz considerações muito semelhantes às colocações de Reich.

Alguns estudiosos contemporâneos têm direcionado sua atenção ao estudo da criança e à compreensão da dinâmica de estabelecimento do vínculo primitivo mãe-bebê.

A discussão sobre o princípio da vida ganhou, nos últimos vinte anos, cada vez mais espaço no campo das práticas em saúde materno-infantil, tomando forma em diferentes esferas da sociedade. Este tema está diretamente relacionado às políticas públicas mais recentes no Brasil com relação às práticas de parto, fundamentadas na garantia dos direitos da mulher, da criança e do adolescente, previstos pela Constituição Federal/89 e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Hoje os bebês não recebem mais um tapa quando nascem, mas ainda permanecem separados de suas mães, durante aproximadamente seis horas, em grande parte das maternidades brasileiras, tempo suficiente para perder o momento em que a comunicação é muito importante. O bebê chega ao mundo dotado de inúmeras competências e as mães tendem a estar muito predispostas ao contato nas primeiras horas após o parto.

Ao optar por iniciar a tarefa profilática no nascimento, além dos ganhos imediatos para a promoção de saúde na infância, não se pode deixar de apontar os benefícios desta prática em longo prazo para a sociedade como um todo. Na Audiência Pública das Comissões de Assuntos Sociais e de Educação, para instruir o Projeto que criava a "Semana Nacional de Prevenção da Violência na Primeira Infância", em agosto de 2006, tive a oportunidade de presenciar depoimentos de pediatras brasileiros que ofereceram boas razões para investir no vínculo primitivo:

A prevenção à violência não está em aumentar o policiamento nas ruas, em prender mais "bandidos" ou aumentar vagas em presídios; mas em trabalhar na primeira infância, onde começa a delinquência. Os bebês de hoje, daqui a 15 ou 20 anos estarão aumentando o contingente de presos e bandidos nas ruas, se nada fizermos! A personalidade se forma da concepção aos seis anos de idade, portanto investir nesta fase da vida é de extrema importância para prevenir distúrbios da personalidade.

A

violência não está presente nos genes, mas é um resultado de distúrbios da personalidade. (LAURISTA, 2006)

A pobreza e a miséria são fatores predisponentes da violência enquanto a falta de mãe ou o vínculo ruim com a figura materna ou a ausência do pai, são fatores determinantes nos distúrbios da personalidade, conseqüentemente no aumento da violência (LISBOA, 2006)

A educação de nossas crianças começa com os cuidados no princípio da vida e as políticas públicas estão começando a realizar iniciativas neste sentido. A escassez de estudos na área da psicologia contrasta com as recentes iniciativas dos profissionais da área de enfermagem, com movimentos de "humanização" do parto - no terceiro setor- e com as novas diretrizes governamentais. Não estamos oferecendo subsídios para fortalecer as práticas que já vêm sendo efetuadas, assim como para o desenvolvimento de novas políticas. Em revisão bibliográfica, grande parte dos artigos sobre o vínculo mãe-bebê é produzida por profissionais da área da enfermagem. Por isto os eixos que fundamentam esta pesquisa são: promover saúde a partir do nascimento e realizar estudos sobre o vínculo mãe-bebê em psicologia clínica que considerem a realidade brasileira.

Esta dissertação tem o caráter de descrever os comportamentos nos primeiros momentos de estabelecimento do vínculo mãe e filho e verificar a importância da função do *holding* na promoção desta ligação.

No capítulo 1 apresentarei os objetivos.

No capítulo 2 farei uma revisão de literatura abordando a natureza do vínculo em diferentes abordagens, um breve histórico dos estudos que tratam da relação mãe-bebê e algumas reflexões teóricas para uma abordagem do vínculo nas várias fases do ciclo grávido-puerperal. Terminarei este capítulo abordando as políticas públicas de "humanização do nascimento" no Brasil.

No Capítulo 3 descreverei o método utilizado para a pesquisa.

No capítulo 4 apresentarei os resultados e a discussão.

No capítulo 5 faço as considerações finais e conclusão, apontando algumas propostas de intervenção durante o atendimento ao ciclo grávido puerperal no âmbito ambulatorial e hospitalar.

CAPÍTULO 1. OBJETIVOS

CAPÍTULO 1

Objetivos

1.1. Objetivo geral:

Estudar as manifestações de comportamento de vínculo mãe-bebê em puérperas, que tiveram seus bebês em Centro de Parto Normal.

1.2. Objetivos Específicos

1.2.1. Descrever as manifestações de comportamento de vínculo mãe-bebê no primeiro encontro após o parto no Puerpério,

1.2.2. Analisar a importância da função do *holding* na promoção do vínculo mãe- bebê.

CAPÍTULO 2. REVISÃO DE LITERATURA

CAPÍTULO 2

REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Natureza do vínculo mãe e filho

A natureza do vínculo mãe-filho vem sendo questionada e estudada por alguns autores, a partir da segunda metade do século passado, quando a criança passou a ser objeto de interesse acadêmico. Diferentes são as abordagens e os aspectos considerados pelos autores para a análise do vínculo mãe e filho.

Elizabeth Badinter (1985) considera que o amor materno não é instintivo, mas exclusivamente determinado pelas necessidades sócio-históricas, levando em conta apenas as condições do ambiente, como influência no tipo de vínculo que se estabelece entre a mãe e seu filho. Ela descreve momentos da história em que era comum o desinteresse das mães por seus bebês, levando-as a abandoná-los ou a deixar que outras mulheres cuidassem dele, mas de leite no século XIX e XX, o que socialmente era aceito.

Simone de Beauvoir (1982) defende a idéia de que o vínculo entre a mãe e seu filho não tem nenhuma relação com os instintos. Ela afirma que são os recursos psíquicos e da representação que o bebê ocupa no psiquismo da mãe que vão definir o caráter que o amor materno vai adquirir para aquela relação.

Sara B. Hrdy (1999) aponta reações instintivas como fatores predisponentes para o estabelecimento do vínculo ou seja, a existência de uma “predisposição de base biológica, hormônios e genes que, em intersecção com as circunstâncias ecológicas e historicamente produzidas, influenciam as mães nos limiares para responder aos sinais infantis”. Muitos eventos endócrinos acontecem, no ciclo grávido puerperal. A alta produção de estrogênio e progesterona, durante o último trimestre de gestação, prepara a mãe para cuidar do filho. Durante a gestação, o vínculo entre a mãe e o feto já se esboça em expectativas, nas projeções e através da íntima comunicação corporal que há entre eles. “Quando o bebê nasce, há uma brusca queda desses hormônios, que predispõem a mãe ao cuidado... a ação da oxitocina e da prolactina é indispensável para dispor a mãe para o contato com seu bebê.” Pouco antes do nascimento aglomera-se no cérebro o receptor da oxitocina. Algumas horas após o parto a mulher encontra-se em um período chamado de

“sensitivo, período crítico, no qual ela está muito sensível e regredida. Ela precisa deste tempo, para poder iniciar um “diálogo com seu filho e uma seqüência de interações sensoriais e de comportamentos durante esse período parece ser eliciador da ligação”.

Reich (1999) não nega o papel desempenhado por fatores hereditários e instintivos, como um dos modos de reação, confirmando estas inclinações pré-existentes, mas reforça o fato de que o ambiente tem influência importante e decisiva no desenvolvimento de uma tendência que pode ser fortalecida ou inibida, conforme a influência exercida pela educação. A ligação afetiva mãe e bebê é a “primeira ação educativa que uma criança recebe quando nasce” e é a partir deste aprendizado que ela vai construir todos os outros vínculos, formando assim seu caráter, com base nestes alicerces. Claudio Wagner (2002) nos apresenta algumas definições de caráter que se complementam: “uma estrutura composta por vários mecanismos de defesa e identificações ocorridas durante a infância e que se cristalizou...”, “a forma típica e estruturada de ser do ego...” e “As condições históricas, econômicas e sociais interferem na estruturação do caráter e lhe atribuem formas e traços específicos”. Então o caráter da mãe, o seu “jeito de ser” vai influenciar no tipo de relação que estabelecerá com seu filho e na formação do seu caráter. Paulo Albertini (1992) discute as formulações para educação de Reich e aponta duas posturas básicas em sua abordagem: a consciência com relação às “... enormes dificuldades existentes, pois em última análise a boa educação depende do grau de saúde do educador” e a “infindável confiança reichiana no potencial de vida da criança”.

Reich considera as predisposições do bebê e seu potencial de expressão natural e biológico, afirmando: “... Deixe que as crianças decidam seu próprio futuro. Nossa tarefa é proteger sua força natural, para que elas possam fazer isso.” (REICH,1999)

Como resultado das predisposições do bebê e do tipo de ação “educativa” que a mãe exerce o vínculo primitivo se vai estabelecendo, bastante influenciado pelas condições que o meio oferece.

O vínculo nasce da interação entre a mãe e filho, como uma dança gestual, muito expressivo entre eles, eliciado por alguns desencadeantes inatos, contato olho-a-olho, choro etc.. A ligação é aprendida nas “conversas”, através da linguagem

dos sentidos quando olhar, ouvir, tocar, falar, chorar, amamentar e ser amamentado vão adquirindo significados especiais para os dois (POMMÉ, 2004).

A natureza desta intensa comunicação entre mãe e filho não está limitada a uma única origem, mas é o resultado da inter-relação de facetas que interagem: a predisposição de base biológica, fatores hereditários e instintivos, (tanto da mãe como do bebê), os recursos psíquicos da mãe, a representação que o bebê ocupa no seu psiquismo, as necessidades sócio-históricas, o ambiente familiar, enfim são muitas raízes que alimentam esta relação.

Embora o vínculo entre mães e bebês aconteça há milhares de anos, os estudos acerca da sua natureza e sobre como se desenvolve esta relação são muito recentes. Chegávamos ao século XX com as primeiras descobertas sobre os bebês e suas mães.

2.2. Breve histórico sobre os estudos da relação mãe-bebê.

Até o final do século XIX não se sabia ainda que as experiências afetivas tivessem uma manifestação facial distinta inata, uma qualidade distinta de sentimentos. Estes padrões são sinais sociais, compreendidos por todos os membros, para aumentar a sobrevivência da espécie. Darwin, em seu livro *A expressão das emoções nos animais*, escrito em 1892, brinda-nos com uma série de fotografias de animais e humanos, em diversas e nítidas expressões emocionais. Até recentemente não se tinha a clareza de que os recém-nascidos já vinham ao mundo com tantas competências para expressar emoções. Eles nascem já experimentando o mundo ao seu redor, relacionando-se e emocionando-se com ele, através dos sentidos e, principalmente, atribuindo sentido às experiências. Os movimentos expressivos do rosto e do corpo passaram a ser vistos como o primeiro meio de comunicação entre a mãe e o bebê, e fundamentais para o bem-estar [DARWIN,(1889) 2000].

Gesell (1968) publica, na década de 1930, 3200 fotos de bebês, nas mais variadas situações, expressando toda uma gama de comportamentos, sensações e emoções e foi um dos primeiros pesquisadores a se utilizar de filmes.

Spitz (1980) observa em abrigos bebês nutridos e trocados regularmente, mas não cuidados verdadeiramente; na maioria dos casos não olhados. Os registros mostraram a angústia que aparecia em seus olhos.

John Bowlby (1988), a serviço da Organização Mundial de Saúde, realiza pesquisa no período pós-guerra, sobre a importância da presença confortadora da mãe e os efeitos de sua privação. Ele estudou bebês, crianças e adolescentes delinquentes e, em 1952, apontou a presença de uma boa mãe acolhedora como solução para prevenir distúrbios da personalidade e delinquência. Ele relata a importância da descoberta com a seguinte afirmação: “Trata-se de uma descoberta comparável em importância, à descoberta do papel das vitaminas para a saúde física, tendo grande significação para a prevenção da doença mental”.

Winnicott (1988) considera o ambiente como essencial para o bom desenvolvimento do processo de formação do vínculo mãe-bebê, ressaltando algumas condições facilitadoras, como a presença de um companheiro continente, um ambiente familiar tolerante, um bebê saudável e desejado. Introduz o conceito de *holding* e da mãe suficientemente boa (aquela que oferece o suporte necessário, nem mais nem menos).

Em dezembro de 1940, em Nova York, Reich reúne-se com cerca de quarenta médicos, enfermeiras e assistentes sociais, para estudar as qualidades da saúde emocional da criança recém-nascida (BOADELA 1985). Entre 1939 e 1949 um projeto é desenvolvido, culminando em 1949 com a fundação do Centro Orgonômico para a Pesquisa sobre a Infância (OIRC). Uma equipe multidisciplinar inicia a pesquisa sobre a criança saudável, pesquisa esta, limitada aos recém-nascidos. As medidas rotineiras a que são submetidos os recém-nascidos, principalmente aquelas que se referem ao afastamento da mãe, são denunciadas como causa de transtornos emocionais. A capacidade da mãe de criar uma empatia com as necessidades do bebê e um bom contato corporal são apontadas como condições fundamentais para o desenvolvimento de uma criança saudável. A formação das couraças, tensões musculares crônicas, parte do caráter, que expressam uma emoção reprimida, pode ser evitada já no momento em que aparecem (REICH 1950).

Dez anos depois Harlow confirma estas afirmações, em sua pesquisa com os macacos Rhesus; os filhotes preferem a mãe que oferece aconchego, mesmo sem alimento, à mãe que oferece alimento, mas sem acolhimento. (BOADELLA, 1985).

Reich foi um pouco mais além e colocou em prática um projeto de promoção de saúde, durante a gestação, parto e puerpério, atendendo à mulher em todo o ciclo

grávido puerperal com uma equipe multidisciplinar que acompanharia a família neste processo.

Eva Reich (1998), médica, filha de Reich, trabalha no Orgonômico Infant Research Center e no Harlem Hospital em Nova York, em 1949 e 1950. Ela desenvolve suas pesquisas como assistente no campo da observação de bebês, desde o acompanhando pré-natal, atendimento a parturientes e puérperas. Trabalha também no Maine (EUA), por dez anos (de 1952 a 1962). Em seu consultório cria o

Método da Bioenergética Suave, a Massagem da Borboleta -Massagem para bebês- e desenvolve extenso trabalho de divulgação pelo mundo de sua abordagem profilática a partir do nascimento, no período de 1974 a 1991.

Zazzo (1970), especialista reconhecido por sua abordagem na infância, interessa-se pelo vínculo: “a criança nasce, tem fome, mas antes do alimento, ela tem necessidade de braços que a envolvam”. Brazelton (1986) participa, em 1983, na França, de um Congresso no qual as palavras, “competência” e “interação” entram para o vocabulário de todos os que se interessam pelos bebês. Na mesma época Herbinet e al.(1983) observam as faces dos recém-nascidos, o batimento dos cílios, os movimentos dos olhos. Depois pesquisam as percepções pré-natais, o tato, a audição, o paladar e descobrem que os sentidos surgem antes do nascimento.

Stern (1992) enfatiza que os bebês nascem com todos os sentidos aptos para serem ativados e é durante os primeiros dias de vida que esta comunicação sensorial se estabelece. Este é o canal através do qual o bebê aprenderá a se relacionar com o mundo e as pessoas de sua convivência. O vínculo primitivo se forma numa relação de mão dupla; os bebês já nascem com muitas possibilidades de comunicação, interferindo assim na formação da ligação com suas mães.

As pesquisas contemporâneas apontam para o fato de que o recém-nascido é um sujeito ativo e responde à mãe, ajustando-se a ela, com percepções afetivas, dialogando o tempo todo em um direto “contato pessoa-a-pessoa” (LICHTENBERG, 1983).

Neyde Sollitto (1972) realiza estudo de observação, em uma situação natural durante três meses, da dupla mãe-bebê e reforça as teorias contemporâneas do campo da etologia e da aprendizagem social, além de se utilizar de uma metodologia inédita nos meios acadêmicos, uma das poucas teses que buscam descrever a relação mãe-bebê em psicologia, no Brasil. A autora conclui que:

O nenê, desde o início a vida é ativo. Ele inicia e mantém interações verbais. Do mesmo modo que a mãe fornece estímulos eliciadores e reforçadores para o nenê, este fornece estímulos eliciadores e reforçadores para a mãe. Na interação há mútua estimulação e reforçamento.

Fernando Nóbrega (2005), pediatra em São Paulo, desenvolve pesquisas sobre a relação entre desnutrição de crianças e vínculo mãe-bebê, confirmando a idéia de que “o bebê precisa se alimentar de afeto”.

Os estudiosos desta primeira relação demonstraram que, se pudéssemos preparar as mães e suas famílias para receber os bebês, daqui a alguns anos estaríamos vivendo bem melhor. Para que possamos compreender como o vínculo se desenvolve, desde a concepção até o pós-parto é necessário aprofundar nossos conhecimentos sobre esta dinâmica. A relação entre mãe e filho continua a se fortalecer principalmente na primeira infância e ao longo da vida sofre transformações, mas vamos nos deter no princípio da vida quando o terreno é mais produtivo.

2.3. O desenvolvimento do vínculo mãe-bebê durante o ciclo grávido-puerperal

A vinculação mãe-bebê se inicia desde o desejo de gerar um filho, passando pelo vínculo intra-útero e alcançando seu desenvolvimento e manutenção durante a infância. (MIRANDA, 2004)

Fundamentado nos aportes teóricos da psicanálise e da abordagem reichiana, este estudo requer que nos voltemos para os momentos essenciais do desenvolvimento do vínculo primitivo, suas expressões em diferentes situações e fatores que o promovem. O ciclo grávido-puerperal foi dividido em três momentos:

- Gestando - vínculo materno- fetal.
- A Experiência do parto.
- Relação mãe-bebê e pós-parto.

2.3.1 Gestando - Vínculo materno fetal.

Para que uma pessoa nasça são necessários três elementos: a mãe, o pai e o bebê, já pressupondo uma ligação entre um homem e uma mulher. O vínculo entre mãe e filho esboça seus primeiros sinais antes mesmo da concepção. A pré-história

deste vínculo começa quando o casal ou a mulher começam a desejar um bebê. Quando a gravidez não é planejada e acontece por acidente, em geral há outros projetos de vida que são ameaçados pelo novo membro da família. Uma gestação pode não ser planejada, mas fruto de um desejo inconsciente, pois o ser humano é ambivalente em essência, nele habitam sentimentos diferentes em muitas situações e com o nascimento não poderia acontecer de outra forma (SZEJER, 2000),

O desejo de ter um bebê é a predisposição para o vínculo, o que não significa que ele ocorrerá sem problemas. Muitas intercorrências durante o ciclo grávido puerperal podem interferir na formação de um vínculo positivo. Já quando não há planejamento ou desejo a aceitação é a primeira tarefa para que se inicie a formação de um bom vínculo. Pode estabelecer-se um vínculo negativo a princípio que, posteriormente, torne-se forte ou a mãe pode passar toda a gestação com uma ligação fraca ou ruim com o bebê. Este quadro pode permanecer inalterado após o nascimento ou algumas intervenções podem ser benéficas para o estabelecimento de um vínculo forte e positivo com o bebê (NÓBREGA, 2002).

A cultura, a história pessoal de cada mulher, a condição econômica, o ambiente familiar, sua relação com a própria mãe e com o pai da criança, têm grande influência na aceitação da gestação e no tipo de vínculo que se irá estabelecer entre mãe e feto, que pode interferir no tipo de vínculo futuramente estabelecido entre ela e o bebê. Por exemplo, em algumas culturas o sexo do bebê é bastante importante na forma como a mãe vivencia a gravidez e o nascimento, interferindo na formação do vínculo (KITZINGER, 1972).

Quanto à condição econômica já sabemos que, quando é deficitária, torna-se mais complexo o processo de constituição do vínculo, uma vez que outros fatores como as condições materiais de suporte poderão influenciar. As condições para o estabelecimento de um vínculo positivo muitas vezes são atravessadas pela necessidade da sobrevivência e condições precárias de saúde emocional das famílias.

Nóbrega e al.(2002) apresentam métodos e técnicas para o fortalecimento do vínculo mãe-feto, aplicando como instrumento de avaliação, a versão brasileira da “Maternal-fetal attachment Scale” para verificar a eficácia de algumas intervenções durante a gestação em população carente. A intervenção é realizada no Programa Einstein na Favela de Paraisópolis, em São Paulo, através de grupos de grávidas,

são desenvolvidas atividades de relaxamento, automassagem, cantigas de ninar e infantis, discussões dos sentimentos, resolução de dúvidas que emergem na gravidez, debates acerca da relação mãe/conceito e função do pai. São também oferecidas aulas de massagem para bebês fundamentadas na técnica Shantala.

Informações sobre alimentação na gestação, aleitamento, cuidados básicos com o lactante, gravidez, ovulação e modificações no organismo materno são também temas abordados pela equipe multidisciplinar. Avaliações do vínculo materno-fetal, antes e após a intervenção realizada com cerca de duzentas gestantes, comprovam a eficácia destes instrumentos como fatores de promoção do vínculo positivo da mãe-feto durante a gestação em população de baixa renda. Há uma intensa relação entre as experiências de uma pessoa com seus pais, especialmente com suas mães, e sua capacidade para estabelecer vínculos afetivos (BOWLBY, 1983).

Todos os membros da família têm um tipo de vínculo projetado no bebê que vai nascer e a forma como se vão ligar a ele está relacionada com suas próprias histórias de vida. Quando a mulher tem em sua história pregressa um vínculo difícil com sua mãe, tende a apresentar dificuldades na ligação com o feto, já que o período de regressão a estágios anteriores do desenvolvimento, inerente à gravidez, predispõe a projeções e transferências de sentimentos antigos provenientes de outros vínculos em que a relação foi semelhante (MALDONADO, 1997).

Durante a gestação o vínculo materno fetal sofre interferências do ambiente familiar: quanto melhor a grávida for acolhida pela família, melhor poderá acolher seu bebê. Quando a família e o companheiro aceitam aquela gravidez a gestante experimenta um cuidado que ajuda a prepará-la para cuidar do filho. Durante a gestação o estado regredido em que a mulher se encontra pede mais cuidados e atenção, para que ela possa lidar com as intensas transformações emocionais e corporais que a gravidez provoca. O *holding* oferecido pela família neste momento é essencial para que ela possa reeditar ou um vínculo positivo. Observa-se que os sintomas físicos tornam-se mais intensos quando a família rejeita a gravidez ou quando o companheiro está ausente ou expressa sua rejeição pela situação de ter um filho.

O acolhimento da família representa o “colo” materno no imaginário da gestante, que está emocionalmente regredida e infantilizada. Quando um casal está ligado e o pai pode exercer a “maternagem” com sua companheira, esta poderá com

mais facilidade receber e, assim, dar ao filho. A reedição do vínculo de cuidados primários na relação do casal pode ajudar a formar e fortalecer o vínculo mãe e filho.

Além disto, o homem poderá desenvolver suas potencialidades de cuidador. Cada vez mais os pais estão participando dos momentos importantes da gestação, consultas pré-natais, ultra-som, trabalho de parto e parto de forma bastante ativa (POMMÉ, 2004).

O pai do bebê é uma figura importante para que a mulher sinta-se acolhida e protegida. Quando ele está ausente ou indiferente à gestação, há maior dificuldade da grávida para enfrentar as ambivalências e estados regredidos e, conseqüentemente, menos disposição para o vínculo com o feto.

É importante destacar a vivência das mães adolescentes, que geralmente passam pela experiência da maternidade sem que o pai do bebê esteja presente e enfrentam a desaprovação dos pais e da família durante a gravidez.

A adolescência é um momento de transformações físicas e emocionais, de dúvidas sobre a identidade e angústias sobre o futuro. Além disso, a adolescente contemporânea encontra-se solitária; não tem a atenção dos pais, quase sempre ocupados com a manutenção financeira da família. A gestação é inconscientemente desejada e vem como pseudo-solução para a solidão e a falta de perspectiva de reconhecimento social (POMMÉ, 2003). A experiência clínica e institucional me mostrou que quando a família aceita a gestação da adolescente e oferece *holding* esta supera todas as barreiras que enfrenta.

“A existência de um ambiente familiar acolhedor é de grande importância, para que o vínculo entre a mãe adolescente e seu bebê ocorra positivamente”. No Brasil nascem quase um milhão de bebês por ano cujas mães têm entre 12 e 19 anos. A gravidez na adolescência vem aumentando em nosso país: os dados de 2005 mostram em média 23% de grávidas adolescentes, índice que chega a 29% na região nordeste. A grávida adolescente passa por uma situação dupla de crise: está deixando de ser criança para tornar-se adulta e precocemente deixa de ser filha para ser mãe, o que a torna mais transparente, mais frágil e, sem o suporte importante a qualquer mulher, com mais dificuldade para estabelecer um bom vínculo (LISBOA, 2006).

A ausência temporária ou permanente de companheiro dificulta a tarefa materna na adolescência. Admiro Sari (2002) trabalha em Porto Alegre com a

relação mãe-bebê, em adolescentes de quinze a dezessete anos, utilizando o grupo de discussão e a observação através dos registros em vídeo das sessões. O grupo como matriz de apoio para as mães adolescentes, que não têm apoio da família ou não tem um companheiro, configura-se como importante dispositivo de acolhimento, interferindo positivamente na maternagem e estabelecimento de um vínculo positivo.

Quanto mais o grupo familiar aceita e reconhece a gestação, melhor a evolução da mãe para desempenhar a sua tarefa, independente da faixa etária. Ela pode chegar ao momento do parto mais segura.

2.3.2. A experiência do parto.

As pulsações produzidas pela oxitocina permitem que a mãe acolha o filho com uma disposição mista de alegria e melancolia. O hormônio do amor, como é chamado por Odent, provoca o trabalho de parto e é essencial durante este processo e a lactação, além de promover prazer e comportamentos maternos (ODENT, 2000).

Os limiares, para responder aos sinais infantis, tornando a mãe suscetível em graus diferentes para responder a eles, são preparados durante a gravidez e trabalho de parto, através do funcionamento endócrino e neurológico (HRDY, 2001).

Reich (1988) aponta o funcionamento endócrino e neurológico como intrinsecamente ligado às experiências emocionais e nos traz a noção de unidade funcional psicossomática ou identidade funcional, conceito que significa que "... as atitudes musculares e as atitudes de caráter têm a mesma função no mecanismo psíquico: podem substituir-se e podem influenciar-se mutuamente. Basicamente não podem separar-se. . Podemos dizer que estes limiares -para iniciar a interação com o filho- dependem das vivências emocionais durante a gestação e o parto.

O trabalho de parto também é um processo social e não se reduz a um ato biológico; em muitas partes do mundo ele adquire significados particulares com relação ao status que pode conferir. Em sociedades muito segmentadas o parto é executado de diferentes formas, revelando o nível socioeconômico das pessoas envolvidas. "O parto assume, em muitas culturas, procedimentos constituídos por rituais e mitos, preceitos, proibições e tabus, com significados particulares que expressam a sociedade e seus valores" (KTZINGER 1978).

O parto é uma experiência especial, na qual estão envolvidos valores sociais, culturais, todo o funcionamento biológico e a história pessoal dos indivíduos que dele participam, com muitos sentidos para a mãe, para o bebê e para o pai. Especialmente para a mulher, quando nasce um bebê, nasce também a mãe. Segundo Szejer (2000) “cada mulher que está em trabalho de parto está dando à luz a si mesma, a mulher arcaica surge”, ela reúne todas aquelas contidas em sua história; a menininha, a adolescente, a filha etc..

Reich (Eva 1998) considera um momento especial para a mãe, pois é quando a relação de completa simbiose que ela vive com o bebê se rompe. Sua história pessoal vai tornar-se presente no momento da separação através da “fita de lembrança”, definida por ela como um “rebobinar da história pessoal primitiva” a partir de uma experiência deflagradora, neste caso, o parto. Se a mulher pode se deixar entregar ao momento fisiológico e desprender-se da educação recebida socialmente e de todos os “não debes” a que foi submetida, o parto pode acontecer com mais harmonia. Todas as defesas se afrouxam e a mulher entra em um estado de regressão máxima: a linha entre os conteúdos inconscientes e conscientes atenua-se, as couraças se desfazem e a mulher vive um estado de completa harmonia com as pulsações biológicas. São estas as condições para que a natureza faça seu papel. No momento do parto a musculatura pélvica deve estar relaxada e alguns recursos podem propiciar estas condições. Tudo que puder propiciar conforto, continente e relaxamento, fará o organismo da mãe trabalhar a favor da natureza. A presença do pai neste momento costuma trazer mais confiança para a mãe e a sua participação ativa tende a fazer do processo de parto um trabalho menos estressante. Quanto mais confortável for para a mãe o momento do parto, mais tranquilo será para o bebê fazer esta transição (BOADELLA, 1985).

A dor, no trabalho de parto, aparece como uma vivência de intensos significados que se ligam à cultura, à história pessoal, ao atendimento recebido na maternidade, grau de preparo durante a gestação e o lugar desta criança na vida desta mulher e da família. Szejer (2000) afirma que, inconscientemente, o sentimento ambivalente pode estar atuando e a mulher precisa “decidir entre guardá-lo dentro de si ou deixá-lo viver”, tornando as contrações mais ou menos dolorosas, de acordo com o nível de conflito.

A dinâmica do parto está associada à dinâmica de funcionamento do sistema nervoso autônomo (simpático e parassimpático) e, portanto, ao grau de tensão e relaxamento. O mecanismo simpático é responsável por contrair e está relacionado ao medo; o parassimpático é responsável pelo relaxamento e pelas emoções de prazer. O trabalho de parto envolve os dois subsistemas, que devem funcionar em harmonia. Se a parturiente está relaxada, o trabalho de parto pode ser mais rápido e menos dolorido (BOADELLA, 1985).

Devemos considerar que o sentimento ambivalente e a tensão no útero estão ligados, sendo a expressão de um conflito que é resolvido “compulsoriamente”, com o nascimento. Como toda gestação e parto envolvem a vivência da ambivalência, acredita-se que o parto sempre estará permeado pela experiência de dor e a grande questão é como cada mulher vai lidar com isto. Kitznger (1986) aponta a importância de um trabalho durante a gestação que inclua aprender a lidar com a “dor do parto”, através do auto-conhecimento e do aprendizado de recursos para diminuir as tensões inerentes ao parto.

Elsworth Baker (1982), médico orgonomista, membro da equipe de pesquisas do Centro Orgonômico para a Pesquisa sobre a Infância (OIRC) -sob a supervisão de Wilhelm Reich—, desenvolveu, durante doze anos, um projeto com gestantes e parturientes e chegou a resultados importantes sobre o preparo de gestantes para um parto mais rápido e menos estressante. Desenvolveu pesquisas sobre intervenções durante o parto que facilitavam o desenvolvimento natural do processo de trabalho de parto e parto. Ele aponta para uma série de intervenções no corpo, na musculatura, nas couraças, no fluxo respiratório, utilizando-se de uma série de recursos de relaxamento e uma atitude de *holding*. A importância do preparo para o parto durante a gestação e um acompanhamento acolhedor durante o parto, são os fundamentos para um bom começo. Em sua experiência clínica observa em muitas parturientes uma tensão grave no queixo, no anel oral, no diafragmático e na pélvis. Através de sua prática no atendimento a gestantes e parturientes conclui que a mulher deve ser estimulada a expressar suas emoções durante a gestação, trabalho de parto e parto, liberar as tensões do queixo e expressar todas as emoções que vierem à tona durante o trabalho de parto pode deixá-lo mais rápido e eficiente. A respiração deve ocorrer de maneira plena entre uma contração e outra e durante as contrações a mulher deve buscar uma respiração que deixe o útero trabalhar com

amplitude. Durante o trabalho de parto deve estar ligada ao olhar do acompanhante para que esteja vinculada à situação que está vivenciando; ela não deve cindir com a realidade.

Observei, em minha prática em acompanhamento de partos, a importância do contato de olho, para o processo acontecer de maneira mais natural. Quanto mais conhecimento a mulher tiver sobre o que provavelmente pode acontecer no trabalho de parto e parto, melhor ela pode lidar com as vicissitudes daquele momento; melhor o acompanhante pode perceber quais são as necessidades dela. A vantagem de um trabalho de parto e parto mais rápido e menos estressante, é a redução do nível de lesões para a criança que está nascendo. As constatações de Baker (1982) o levaram a experimentar uma série de intervenções no sentido de eliminar as couraças que pudessem impedir o fluxo natural do parto. Atuando durante a gestação, trazendo autoconhecimento e preparando a mulher para a experiência do parto, ele favorecia um nascimento mais rápido, menos estressante e mais harmônico a fim de possibilitar um bom encontro mãe-bebê.

Odent (1980) discute os paramentos, a assepsia, a sala instrumentalizada e propõe o que ele chama de parto ecológico, mais próximo do natural, sem anestesia e intervenções desnecessárias. Ele coloca que diferentes hormônios são produzidos pela mãe e pelo bebê durante o trabalho de parto e nascimento, não são imediatamente eliminados e têm um papel específico na interação mãe-bebê. O autor afirma que se pudermos “interferir o menos possível, estaremos facilitando a natural ligação mãe e filho”.

Quando o parto acontece através de uma cesariana os efeitos dos medicamentos e da situação de passividade da mãe diminuem a produção de oxitocina, o que faz com que os sentimentos de “cuidar” apareçam mais devagar (ODENT. 2000).

Rocha, Simpionato e Mello (2003), em estudo comparativo do apego entre mães de parto normal e cesariano, apontam para as influências culturais, os valores e as expectativas da mãe e do observador e as estruturas políticas de assistência, como fatores que podem modificar os resultados das pesquisas sobre o apego mãe e filho. Indicam a importância de considerar o período sensível mantendo mãe e bebê juntos, logo após o nascimento, o que pode estimular mecanismos sensoriais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais que facilitam o vínculo mãe-bebê. Os

autores recortam alguns indicadores de vínculo: tom de voz da mãe, forma de acariciar o recém-nascido, olhar e falar com ele. Concluem que em ambos os tipos de parto as verbalizações e as carícias aumentam com o tempo. As mães que passaram por cesariana precisaram de mais atenção da equipe durante a amamentação. Ambos os grupos apresentaram intensidade no olhar, mas a verbalização é mais rápida em mães que tiveram partos normais. As mulheres foram alertadas pela equipe para as competências dos bebês. A partir deste estudo consideram que a enfermeira deve cuidar do binômio mãe/filho, funcionando como facilitadora da relação de apego. O *holding* que a mãe oferece ao bebê inclui mais comportamentos de interação, especialmente as vocalizações e a amamentação, que acontecem, com mais facilidade, quando ela vivencia um parto normal.

O parto constitui um dos pontos fundamentais da vida psicosssexual da mulher. Assim, quando é vivenciado com dor, angústia, medo e isolamento podem levar a distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais. O acompanhante, por ser uma pessoa de sua escolha, representa o suporte psíquico e emocional da presença reconfortante, do contato físico, para dividir o medo e a ansiedade, para somar forças, para estimular positivamente a parturiente nos momentos mais difíceis durante o trabalho de parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Ter um acompanhante no parto é extremamente confortador, em razão do estado infantilizado em que a mulher se encontra. É importante que seja alguém com quem a parturiente tenha um bom vínculo afetivo. Para um casal estar juntos no trabalho de parto e parto pode ser profundamente transformador para esta nova família que nasce e das novas relações que se estabelecem. Se, por alguma razão, o homem não pode estar tão próximo ou seu vínculo com a mulher não é tão positivo, é importante que ela tenha alguém que exerça este papel de acolhimento e cuidados durante o parto (POMMÉ, 2004).

No Brasil, a Lei nº. 10.241 de 17 de março de 1999, parágrafo XVI, assegura a presença do pai da criança nos exames pré-natais e no momento do parto.

A parturiente pode ser acompanhada não só pelo companheiro ou pessoa de sua confiança, mas também por uma Doula (palavra de origem grega que significa “mulher que serve”), termo que denomina mulheres que oferecem suporte físico e emocional durante a gestação, parto e pós-parto. Segundo Nolan (1995) Doula é uma mulher sem formação técnica na área da saúde, que orienta e acompanha a nova mãe, durante o parto e nos cuidados do bebê; seu papel é segurar a mão da mulher, respirar com ela, prover encorajamento e tranquilidade. A doula presta

constante apoio à parturiente e a seu acompanhante, esclarece a respeito da evolução do trabalho de parto, aconselha as posições mais confortáveis durante as contrações, promove técnicas de respiração e relaxamento, proporciona contato físico e oferece apoio psicológico.

Marshal Klaus, citado por Leão (2002), realiza estudos com primigestas que foram acompanhadas por doulas, revelando que houve “redução do tempo de trabalho de parto, do uso de analgésicos, do número de fórceps e cesarianas”. O acompanhamento das mães durante o puerpério indicou um “maior número de mulheres amamentando, com mais auto-estima, menos depressão e maior interação com os filhos”, quando comparadas com parturientes que não foram acompanhadas. A presença das doulas durante o parto tem uma influência importante no contato que a mãe estabelece com o bebê, nos primeiros meses de vida.

2.3.3. A Relação mãe-bebê - o pós-parto

Por vínculo mãe-filho se entende uma relação de afeto entre ambos que é ativa e recíproca. Desde o princípio mãe e filho participam em uma completa interação onde o comportamento de um é regulado pelo comportamento do outro. Em outras palavras, tanto o bebê como a mãe, contribuem na sua interação (BASKUÑÁN, 2004).

Quando nasce um bebê mãe e filho formam um sistema, uma díade, na qual um relaciona-se com o outro, criando um sistema de troca recíproca. “No transcorrer do seu desenvolvimento, após três a quatro semanas, vemos a organização da seqüência de eventos, que é familiar para ambos os parceiros”. A mãe tem uma importante função reguladora, na qual está implícito o quanto ela deseja se ajustar ao ritmo da criança. Se ocorrer uma natural correspondência, da mesma forma uma natural permissão para a criança se desenvolver é cultivada. Nas experiências de confirmação pela mãe o bebê passa a confiar na validade de suas percepções. Este processo é o fundamento da confiança da criança, tanto em si como nos outros. (STERN, 1998).

Formamos as próprias maneiras de interagir, vivenciando afetos que, aos poucos, vão sendo expressos através da linguagem corporal, reconhecidos no outro. A comunicação entre mãe e filho serve de base para a intuição, sobre o que emana de outros seres humanos e nossos sentimentos perante eles. A história é

guardada em esquemas de “estar de uma determinada maneira”, com o outro e consigo mesmo (STERN 1992).

É como formamos dentro de nós nossas próprias maneiras de interagir, vivenciando sensações e afetos que, aos poucos, vão sendo expressas através da linguagem corporal. Elas aparecem tanto na relação com o mundo como nas contrações e expansões que o corpo faz (REICH 1950).

Os conceitos da pesquisa moderna, possíveis por conta do avanço tecnológico, apontam na direção das proposições de Reich, acerca das primeiras relações mãe-bebê.

Os primeiros estágios do desenvolvimento são permeados pela integração que torna o bebê um ser unitário, torna possível o “eu sou”. É a tarefa que circula e interfere em todas as fases de desenvolvimento. A parceria psicossomática, a sensação de unidade funcional corpo e afeto são a grande tarefa de amadurecimento, propiciada pela mãe nos cuidados diários dedicados ao bebê, como segurar, banhar, alimentar ou massagear (POMMÉ, 2005).

O período sensitivo é o momento em que a mãe está no pós-parto e nada pode retirá-la deste estado. Winnicott (1998) definiu este momento como “o período em que a mãe está recebendo o bebê.” Ela está sensível a todos os comportamentos do bebê, respondendo prontamente a estes gestos, em uma sintonia exemplar comportando-se em harmonia com o bebê.

Em nenhum outro momento da vida há possibilidade de observar tão claramente a unidade funcional psicossomática como em uma mulher no ciclo grávido puerperal e na relação com seu bebê recém-nascido. Em nenhum outro momento de nossas vidas fomos tão auto-regulados e expressivos como quando recém-nascidos. A prevenção ao aparecimento das couraças encontram aí seu momento mais propício.

Para Reich (1999) o bebê já nasce com o que ele chamou de “capacidade de auto-regulação”, um conceito fundamental em sua abordagem que significa: “competência espontânea, aptidão para auto determinar-se, um potencial para fazer o que é necessário”. O recém-nascido traz uma “riqueza de plasticidade e do desenvolvimento natural” se não tiver passado por danos durante a vida intra-uterina, poderá interagir com o meio ambiente, “dando forma a ele conforme suas necessidades”.

Nossa história vai ficando guardada em esquemas de “estar de uma determinada maneira”, com o outro e consigo mesmo, expressas tanto na relação com o mundo como nas contrações e expansões que o corpo faz. O vínculo entre os seres humanos incia-se antes mesmo do nascimento, já que os “equipamentos” para relacionar-se, os sentidos, já se vão formando e recebendo estímulos. Ao nascer todos os sentidos se colocam a serviço da relação com o cuidador - geralmente a mãe- e, posteriormente, compartilhado com o pai. Portanto, o vínculo primitivo, o vínculo fundamental forma-se a partir da inter-relação mãe-bebê, na qual o bebê também tem um papel fundamental e todos os seus sentidos estão voltados para a vida e, para ela, dá sentido (STERN, 1992).

Os recém-nascidos são naturalmente dotados de considerável competência cognitiva; manifestam preferências, discriminam uma coisa da outra, buscam estímulos sensoriais, possuem preferências distintas, têm uma tendência para formar e testar hipóteses sobre o que está ocorrendo no mundo e o estão sempre avaliando. O bebê das investigações contemporâneas apresenta-se com muitas competências.

Durante o estado de inatividade alerta “perguntas” podem ser feitas aos recém-nascidos e as respostas podem ser discernidas a partir de sua atividade em processo como sugar, olhar ou virar a cabeça (WOLFF, 1966).

Os bebês estão prontos e dispostos a relacionar-se e ligar-se às pessoas, o que está fundamentado nas seguintes constatações:

- O recém-nascido reage seletiva e ativamente àquelas freqüências de sons que existem nas vibrações da voz humana.
- Seu olhar é atraído para objetos que estão a uma distância de aproximadamente vinte centímetros, o que permite um foco mais acurado. Esta distância costuma corresponder àquela dos olhos da mãe enquanto amamentando.
- Recém nascidos preferem linhas desenhadas de faces humanas.
- A partir da segunda semana de vida tendem a olhar para a face da mãe por períodos maiores do que para a face de outras pessoas
- Gravações em filmes mostram que recém-nascidos têm especial receptividade pelos balbucios da mãe para eles, reagindo aos mesmos como que dialogando com ela.

Field e al. (1982) relatam que recém nascidos de dois dias de vida imitam com segurança um modelo adulto tanto sorrindo, franzindo a testa como mostrando a expressão de surpresa.

A criança é impressionada com a qualidade do afeto, com que o educador a trata, antes de desenvolver a percepção das ações formais (Stern, 1992).

Como afirma Eva Reich (1998), a comunicação, através da linguagem corporal e dos sentidos, imprime esta qualidade às ações dos adultos para com os bebês e estes respondem, com expansão ou contração, dependendo da sensação. Se os braços que carregam um bebê estão com os músculos contraídos, ele responde não se aconchegando, sente-se inseguro para soltar-se e contrai parte ou toda a musculatura do corpo. É o princípio de formação das couraças em bebês, por enquanto uma contração temporária. Se ele estiver exposto a esta experiência, dia após dia, esta contração torna-se crônica, estabelece-se no corpo e o sentimento de insegurança se configura em uma couraça muscular crônica.

A tarefa da educação das crianças é remover todos os obstáculos que inibem esta “produtividade e plasticidade da energia biológica naturalmente dada” e permitir a auto-regulação (REICH, 1950).

O bebê deve ser deixado, logo após o parto, com sua mãe e permanecer com ela durante toda a internação em um sistema chamado alojamento conjunto. Toda a corrente de sinais e produção de hormônios é apenas um campo fértil para a ligação mãe-bebê acontecer; é preciso que estejam próximos para que a comunicação seja iniciada. Manter mãe e filho juntos, logo após o nascimento e no período pós-parto, inicia e estimula mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, que vinculam os pais ao bebê. A mãe toca, olha nos olhos, fala com o bebê (geralmente em tom agudo), expressa-se com movimentos, respeita seu ritmo, transmite através de seu leite anticorpos, exala cheiros que podem ser reconhecidos pelo bebê. além de transmitir calor. O bebê também conversa com ela; faz contato olho a olho, seu choro provoca mudanças na mãe, elicia a secreção de hormônios maternos (oxitocina), seu toque no seio provoca a produção de prolactina

e, após três ou quatro dias o bebê reconhece a mãe pelo seu cheiro e emite “respostas”, movimentando-se no ritmo da fala dos pais. Os bebês nascem com todos os sentidos aptos para serem ativados e é durante os primeiros dias de vida que esta comunicação sensorial se estabelece (HRDY 2001).

As mães no pós-parto encontram-se fragilizadas e sensíveis também, como o bebê, e ficam muito suscetíveis aos sinais do ambiente.

O pós-parto é uma incógnita para as mães; muitos fantasmas permeiam o imaginário das mulheres desde um pós-parto extremamente maravilhoso, até uma ameaça de desestruturação total da vida, dependendo de sua história, cultura e aceitação do papel materno. Mas se a família tem uma atitude acolhedora e se prepara para ajudar, muitos destes fantasmas desaparecem e a segurança para enfrentar estas transformações aumenta. Ao se sentir cuidada nos primeiros momentos de retorno à vida familiar ela adquire mais potência para cuidar.

Um aspecto importante é a possibilidade de obter apoio, dentro da família, para retomar as atividades profissionais, o que interfere no grau de ansiedade com relação ao manejo da função materna, já que hoje a mulher desempenha outros papéis, além do papel de mãe.

Gonçalves e al. (2006), em estudo qualitativo, concluem que as relações dentro da família têm sofrido mudanças de caráter econômico, social e psicológico. As mulheres entrevistadas demonstraram interesse em voltar ao mercado de trabalho o mais rápido possível, expressando a necessidade de retomar a atividade profissional. “As preocupações apontadas são no sentido da manutenção do padrão de vida e reinserção no mercado de trabalho, pois o trabalho da mulher tornou-se atualmente importante contribuição no orçamento familiar”. O papel profissional também tem o caráter de realização pessoal o que se torna importante para a manutenção de sua auto-estima.

Para que possamos situar a assistência ao nascimento, no Brasil, é necessário relacionar as novas diretrizes públicas para a humanização do parto, as quais consideram os aspectos emocionais. Algumas maternidades do país já realizam estes procedimentos. O Amparo Maternal, local onde foi realizado este estudo, é referência em humanização do parto na América Latina desde 2001.

2.4. Políticas públicas: “Humanização do parto” no Brasil

Nas sociedades pré-tecnológicas a ligação entre a mãe e seu bebê recém-nascido é valorizada, sempre é uma experiência vivenciada pelas comunidades com muitos significados rituais, repleta de mitos e procedimentos particulares de acordo com cada uma destas culturas. Cada povo cuida de suas gestantes, parturientes, mães e bebês com cuidados especiais, quase sempre dedicando-lhe mais atenção não só aos aspectos fisiológicos, mas também aos emocionais. Parecem mais

“humanos” nos procedimentos com relação ao *holding* que oferecem às famílias, mães e bebês.

KITZINGER (1981), em estudos realizados na Jamaica, observa um procedimento interessante de cuidados (*holding*) para a mulher durante o parto e pós-parto nas localidades camponesas. Nesta cultura a figura feminina é muito valorizada, as relações são efêmeras e as mulheres desempenham muitos papéis, geralmente quando dão a luz já não estão mais com o companheiro. A parteira, profissão muito respeitada, é denominada “nana”, tem a função de acompanhar a mulher desde o início da gestação, fazendo “visitas à sua casa, receitando-lhe chás, fazendo-lhe massagens e dando-lhe conselhos”. Ela geralmente faz parte da comunidade e está sempre em contato com a gestante e oferece um bom *holding* durante toda a gestação. Quando o trabalho de parto começa, ela permanece todo o tempo com a parturiente e juntas, rasgam panos para que sirvam de fraldas para o bebê e fazem chás com a intenção de acelerar o parto. Se o trabalho de parto se interrompe, o pai da criança é chamado e canta para a mãe, que retoma o processo. Após o nascimento do bebê as nanas permanecem na casa da mãe e cuidam dos outros filhos, assim como de todos os afazeres domésticos durante aproximadamente um mês.

Nas estruturas sociais tecnológicas, a consideração pelos aspectos emocionais que envolvem o nascimento foi desaparecendo, provocando dificuldades para o estabelecimento de um vínculo positivo e um bom princípio de vida para nossas crianças, criando uma necessidade de “humanizar o parto”.

No Brasil, a situação sócio-econômica da maior parte da população encontra-se na faixa da miséria e da pobreza. Como consequência, a preocupação com a sobrevivência se sobrepõe ao “cuidar”. Nascerem, em nosso país, três milhões de

bebês por ano, em sua maioria filhos das classes menos privilegiadas. Sabemos como nosso sistema de saúde é deficitário e quando refletimos sobre os cuidados em saúde emocional, a situação é mais alarmante. Os cuidados em saúde da mulher e do recém-nascido, no sentido integral, estão começando a engatinhar a fim de oferecer uma ação profilática de peso.

Desde a década de 1990 entidades de classe e organizações diversas lutam pela “humanização da assistência ao parto”. A Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetrias (ABENFO), desde a década de 1980, dedica-se à luta pela “humanização do parto”. A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA, 2007) congrega profissionais de saúde ligados ao nascimento e há muito tempo realiza um movimento importante neste sentido.

A humanização da assistência ao parto está nos princípios de algumas reconhecidas organizações do terceiro setor: Amigas do Parto, Parto do Princípio, Doulas do Brasil, GAMA (Grupo de Amparo a Maternidade).

Respondendo a esta demanda os órgãos públicos passaram a propor um programa de leis que regulamentam os procedimentos do parto, nascimento e puerpério no sentido de oferecer condições favoráveis para o estabelecimento do vínculo entre mães e bebês. O Ministério da Saúde produziu e publicou o documento “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher” e lançou o “Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar” para iniciar um trabalho que minimizasse em longo prazo esta problemática (KOGA, 2001).

Algumas condições especiais interferem na relação mãe-bebê e constituem-se fatores de promoção do vínculo materno infantil. Elas vêm sendo apontadas como fatores de garantia e incentivo do processo de humanização do nascimento ou da assistência ao parto nas Maternidades brasileiras. Entre as instruções publicadas pelo Ministério da Saúde (2001) estão:

O conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição e compreende:

1. O parto como um processo natural e fisiológico;
2. Respeito aos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais;

3. Disposição dos profissionais para ajudar a mulher a diminuir a ansiedade, a insegurança e outros temores;
4. Promoção e manutenção do bem estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento;
5. Informação e orientação permanente à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto;
6. Espaço e apoio para a presença de um acompanhante que a parturiente deseje;
7. Direito da mulher na escolha do local de nascimento e co-responsabilidade dos profissionais para garantir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde.

A não separação imediata do recém-nascido de sua mãe, o acompanhamento da parturiente por mulheres que possam orientá-la nesse momento e a redução, na medida do possível, de intervenção medicamentosa, técnica e cirúrgica também fazem parte das diretrizes (LEÃO, 2006).

Cruz e al.(2007), em estudo para compreender como o momento do parto foi percebido pelas mães e como as ações dos profissionais contribuiu para facilitar sua aproximação ao recém-nascido, entrevistaram as mães no dia seguinte ao parto e concluíram que:

“... a assistência à mulher no momento do parto assume um significado especial, sendo percebida de maneira positiva quando as mulheres são assistidas no modelo humanista, ocasião em que se favorece a aproximação precoce entre a mãe e o bebê. Todavia, nem todas as entrevistadas vivenciaram o momento do parto nas mesmas condições e intensidade.”

Algumas mulheres valorizaram a forma de assistência intervencionista como a garantia da saúde física de seu filho e por entender tal procedimento como parte das funções dos profissionais de saúde, acreditando não ter o direito de interferir em seu trabalho. “... o parto institucionalizado está arraigado em suas falas como uma prática culturalmente construída” Os autores concluem que cabe aos profissionais de saúde uma “atuação sensível, harmônica e integrada compreendendo toda singularidade que o momento comporta”. A proposta de assistência humanizada pressupõe que os profissionais de saúde sejam “facilitadores da aproximação entre

a mulher e seu conceito, contribuindo, então, para o contato precoce e apego entre a mãe e o bebê.”

Uma das propostas de humanização tem como diretriz a “política transversal no atendimento à saúde dos pacientes e a constituição de uma rede democrática de troca de saberes entre os diferentes profissionais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Temos muito para construir no sentido de que a prática e as leis se relacionem. Os profissionais de saúde ainda estão se adaptando à transição entre o modelo intervencionista e o “humanista”, apontando para a necessidade de investir mais nesta troca de conhecimentos entre todos aqueles que trabalham nas Maternidades e Ambulatórios de Pré-natal

CAPÍTULO 3. MÉTODO

CAPÍTULO 3

MÉTODO

3.1. Tipo de estudo

Estudo descritivo sobre as manifestações de comportamento de vínculo entre mãe e recém-nascido, baseado em observação do primeiro encontro da mãe e do bebê após o parto normal.

3.2. Local

A pesquisa foi realizada no Amparo Maternal, instituição filantrópica, situada na região centro-sul do Município de São Paulo, que se mantém com recursos financeiros provenientes do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (SUS), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e doações particulares.

O Amparo Maternal mantém um Serviço de Assistência Pré-Natal, uma Maternidade, um Alojamento que acolhe mulheres grávidas em situação de abandono e um Serviço de Atendimento Psicológico. Este último, denominado “Projeto Cuidando de quem cuida”, é de caráter voluntário, cuja coordenação está a cargo desta pesquisadora. O Projeto, que existe desde 1999, inclui intervenções nos Setores de Pré-Natal, Centro de Parto Normal, Puerpério e UTI Neonatal. Atendimentos em grupos, aberto, fechado, de sala de espera; atendimentos individuais e trabalhos interdisciplinares são dispositivos utilizados pelos profissionais que participam do Projeto. Na Maternidade do Amparo Maternal nascem em média 1300 bebês por ano; em 2006, ano da coleta dos dados, nasceram 1.294 bebês.

A Rotina de Atendimento à gestante que chega à Instituição, supostamente em trabalho de parto, começa no Setor de Recepção, quando ela é encaminhada para o Setor de Triagem, sendo imediatamente examinada por um dos membros da equipe de médicos obstetras. Após o exame clínico, se for constatado início ou franco trabalho de parto, a parturiente é encaminhada para o Centro de Parto Normal. As mulheres que têm indicação de cesariana são encaminhadas para o

Centro Cirúrgico; em caso de gravidez de risco ela é direcionada ao Hospital São Paulo, localizado na região. Em situações nas quais não há indícios de trabalho de parto, a mulher é instruída a retornar para casa.

Após a admissão no Centro de Parto Normal, ela recebe um avental e é encaminhada para uma das salas de pré-parto. Durante todo o trabalho de parto ela é assistida por uma equipe de enfermeiras obstetras e o parto é realizado sem intervenções, denominado parto natural.

A parturiente pode ter um acompanhante durante o trabalho de parto, o companheiro, marido, mãe ou qualquer pessoa de sua escolha. Ele é realizado por enfermeiras obstetras em salas denominadas “PPP” (Pré-Parto-Pós), todas com banheiros e chuveiro e não se ministra anestesia, como parte dos procedimentos do parto natural. Há duas banheiras de hidromassagem, disponíveis para serem utilizadas durante o trabalho de parto.

Algumas têm o acompanhamento de uma Doula que, no Amparo Maternal, faz parte do Serviço de Voluntárias da Instituição, recebe treinamento técnico e tem a função de acompanhar a parturiente, oferecendo apoio emocional e intervenções facilitadoras do parto.

Logo após o nascimento, o bebê é colocado no colo da mãe, se for autorizado pelo pediatra e quando não houver necessidade de intervenção imediata no recém-nascido. A mãe ainda permanece algum tempo no PPP, aguardando a saída da placenta e os procedimentos de sutura no períneo, caso tenha sido feita a episiotomia. Após este procedimento ela aguardará em uma maca para ser levada ao Puerpério, enfermaria onde as mães permanecem durante a internação. Enquanto aguarda, poderá tomar um lanche; enquanto isto, o bebê permanece no Berçário, dentro do Centro de Parto Normal. Elas aguardam média uma ou duas horas até serem levadas para os quartos e o bebê geralmente é encaminhado junto com ela. Ele permanece em berço ao lado de sua cama durante todo período de internação, procedimento denominado “alojamento conjunto”. As enfermarias contêm, em sua maioria, dois leitos. Nos casos de parto normal o período de internação é de vinte e quatro horas, em casos de cesariana, quarenta e oito horas.

3.3. Amostra

A Amostra é constituída por quarenta 40 mães, 22 primíparas -mulheres que estão tendo o primeiro filho- e 18 múltiparas - aquelas que já possuíam outro(s) filho(s).

3.3.1. Critérios de inclusão:

- Parto normal.
- Bebê liberado para o Alojamento Conjunto.
- Pai conhecido.

3.3.2. Critérios de exclusão:

- Pai desconhecido.
- Múltiplos pais.
- Presença de indícios de doença mental grave, no primeiro contato com a puérpera.
- Presença de ocorrências patológicas no pós-parto.

3.4. Instrumentos.

3.4.1. Ficha de Identificação

A Ficha de Identificação é utilizada para identificar os dados demográficos, sociais, grau de escolaridade, situação familiar e ocorrências durante o trabalho de parto e parto. (Anexo II).

3.4.2. Gravação em vídeo.

Instrumento utilizado para registrar o momento de encontro mãe-bebê no Puerpério.

3.4.3. Roteiro de observação das manifestações de comportamento de vínculo mãe-bebê. Para registro e análise dos dados obtidos nas gravações em vídeo foi utilizado um modelo adaptado pela pesquisadora, com base no Roteiro proposto por Amélia Kimura (1993). (Anexo IV)

O instrumento permite o registro das manifestações de comportamento da mãe. O Roteiro contém cinco categorias de manifestações do comportamento de vínculo mãe-bebê propostos por Funke, Irby (1978), Avant (1979) e Reiser (1981) citados por Kimura em seu estudo; contato visual, tato, vocalização, audição e amamentação.

Algumas manifestações de comportamento materno e do recém-nascido foram definidas previamente, utilizando as descrições de Kimura (1993) explicitadas abaixo.

Comportamento materno:

Contato face a face: a mãe posiciona o rosto de modo que seus olhos fiquem no mesmo plano vertical aos do bebê. O bebê pode ou não estar de olhos abertos.

Caretas: excluindo o sorrir, a mãe modifica sua expressão facial, contraindo os músculos da face, estimulando ou imitando a mímica facial do bebê,

Abraçar: a mãe envolve o recém-nascido com os braços, na posição ventre a ventre, que compreende manter contato entre a parte anterior (ventral) do bebê e a parte anterior do seu corpo. A mãe pode segurar ou apoiar o bebê.

Tocar: contato da mão ou dedo da mãe com a pele ou roupa do recém-nascido, sem apresentar movimentos da mão ou dedo.

Segurar: em qualquer posição, a mãe sustenta o bebê nos braços ou mãos.

Apoiar: mantendo o bebê sobre suas pernas, a mãe sustenta em um dos braços, a cabeça ou parte do corpo do bebê.

Acariciar: realizando movimentos de deslizamento, a mãe mantém contato da mão ou dedo com a roupa ou pele do bebê, podendo repeti-los.

Embalar: a mãe segura ou apóia o bebê efetuando movimentos repetidos e cadenciados de um lado para o outro ou para frente e para trás.

Comportamento do recém-nascido:

Contato olho a olho: o bebê dirige o olhar para os olhos da mãe; que deve estar em posição face a face.

Estado de sono: o bebê mantém os olhos fechados e os estímulos externos não provocam nenhuma resposta.

Sonolência: os olhos podem estar abertos ou fechados ou alternando de um estado a outro, mas a atividade motora é variável e ele reage a estímulos externos, por vezes lentamente.

Vigil: os olhos estão abertos, parece bem atento, rosto imóvel e a respiração é regular.

Alerta: o bebê mantém uma atividade motora generalizada, os olhos estão abertos e ele concentra-se nos estímulos externos, respondendo rapidamente a estímulos adicionais.

Agitação: o bebê está reativo a estimulação externa, pode ou não estar chorando. Sua atividade motora é intensa com movimentos impulsivos, alguns “sustos espontâneos”.

Para análise dos dados, os comportamentos maternos foram classificados em cinco dimensões, quatro delas com base nos estudos de Hales e al.(1977), Pedro (1985) e Norr, Roberts; Freese (1989), citados por Kimura (1993) acrescido da dimensão dificuldades, proposta pela pesquisadora.

Manifestação de afetividade: comportamentos de beijar, sorrir, vocalizar, olhar para o bebê, posição face a face, caretas, tocar, acariciar, cheirar e embalar, apresentadas pela mãe em interação com o bebê.

Manifestação de proximidade: comportamentos maternos que incluem contato físico muito próximo e o modo como a mãe segura o bebê no colo.

Manifestação de cuidados com o recém nascido: manifestações que a mãe utiliza para estimular o bebê a mamar, cuidar da higiene, cobrir, ajeitar a roupa, mudar a posição do bebê e atender ao choro.

Manifestação de atenção materna: manifestações verbais maternas dirigidas às pessoas próximas ou presentes no momento da observação, a atenção que a mãe “pede” ao ambiente.

Manifestação de dificuldades: manifestações de afastamento, vocalizações de caráter negativo, expressões faciais de descontentamento, aborrecimento, indiferença e irritação, assim como as posturas tensas e rígidas ao fazer contato com o bebê. As repostas indicativas de distanciamento do bebê ou desaprovação, rejeição e afastamento fazem parte desta dimensão.

Para a análise do comportamento do recém-nascido, as manifestações foram classificadas nas dimensões, baseadas em critérios desenvolvidos por Kimura (1993):

- ✓ Respostas ao toque,
- ✓ Comportamentos paraverbais,
- ✓ Padrões de sucção
- ✓ Estados de vigília e sono.

3.4.4. Entrevista clínica semidirigida.

A descrição da experiência materna foi obtida através de entrevista clínica semidirigida. (ANEXO III)

Os tópicos abordados na entrevista foram:

- ✓ Evolução da gestação
- ✓ Parto
- ✓ Experiência do encontro com o bebê
- ✓ Volta para casa

Os dados sobre a experiência materna, coletados na entrevista, estão agrupados no programa SPAD.

3.5. Procedimentos:

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora.

O contato com a puérpera foi efetuado na Enfermaria no Setor do Puerpério, ocasião em que foi esclarecida sobre os procedimentos da pesquisa e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A Ficha de Identificação foi preenchida, baseada em consulta ao Registro Hospitalar (RH). Optou-se por recolher estes dados através do RH, para que a mulher não fosse incomodada no período do pós-parto imediato com questões objetivas. Retirar a mãe de sua introspecção neste período tende a alterar a produção do hormônio oxitocina (ODENT, 2000).

As gravações em vídeo foram realizadas por uma estagiária de Psicologia e Cinegrafista, conforme a conveniência da pesquisadora, em plantões realizados no período de 11/03/2006 a 4/07/2006, na frequência média de três vezes por semana.

A entrevista clínica semidirigida foi realizada, após a gravação da interação mãe-bebê. O papel desempenhado pela pesquisadora foi interveniente. Optou-se por este procedimento, com a finalidade de oferecer um ambiente acolhedor e responder à demanda de escuta, facilitando a confiança na percepção, a descoberta do saber interior e a auto-regulação.

O Protocolo “Roteiro das manifestações de comportamento de vínculo mãe-bebê” foi preenchido através da observação das gravações em vídeo.

As puérperas receberam através do correio, em sua residência, um DVD com o registro em vídeo do encontro.

Posteriormente algumas mães foram contatadas para que pudessem autorizar a utilização de imagens produzidas em vídeo na ocasião da coleta dos dados, com a finalidade de ilustrar esta pesquisa.

3.6. Cuidados Éticos

3.6.1. Aprovação pelo Comitê de Ética da PUC São Paulo.

3.6.2. Autorização da Instituição Amparo Maternal.

3.6.3. Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Anexo I)

3.6.4. Autorização para publicação de imagem. (Anexo IV)

CAPÍTULO 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram agrupados considerando a frequência absoluta e percentual. São apresentados em tabelas, gráficos, ilustrações e na forma descritiva.

Os resultados e a discussão são apresentados nos seguintes tópicos:

- 4.1. Caracterizações da população
- 4.2. Dados sobre as manifestações de comportamento de vínculo
- 4.3. Dados sobre a experiência materna
- 4.4. Discussão dos dados

4.1. Caracterização da População

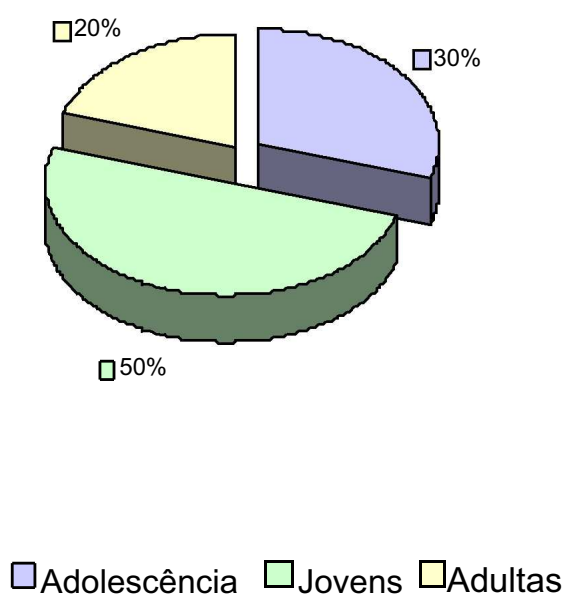
Para a caracterização das puérperas foram considerados os dados referentes à faixa etária, idade, escolaridade, paridade (primiparidade e multiparidade) e planejamento da gestação.

4.1.1 Faixa etária e idade

A maior parte da população estudada é composta de mães jovens, com idade inferior a 30 anos (80%), sendo que em 30% as amostras são de adolescentes, quase o índice de mães adolescentes na região do nordeste brasileiro no ano de 2006 (29%).

Consideramos os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo os quais a adolescência se inicia aos 10 anos e termina aos 20 anos incompletos de vida. A faixa da juventude compreende o período entre 20 e 29 anos; 50% da população encontra-se nesta faixa. Estão na idade adulta as mães que têm mais de 30 anos, 20% da amostra. Esta distribuição da amostra segundo a faixa etária pode ser visualizada na Figura 1

Figura 1 Gráfico de Distribuição da População segundo a Faixa Etária.



A amostra estudada se distribui com relação à faixa etária em um padrão muito próximo ao comportamento da população atendida no Amparo Maternal em 2006 que, segundo relatório anual, indicou uma porcentagem de 30.64% de mães adolescentes, de 14 a 19 anos, e 50,04% de mães na faixa da juventude, com 20 a 29 anos e 13.33% adultas, com mais de 30 anos. (RELATÓRIO CLÍNICO DO AMPARO MATERNAL, 2006)

Podemos observar na Tabela abaixo como a amostra se apresenta segundo distribuição da idade.

Tabela 1 Distribuição da amostra segundo a idade

Idade (anos)	Frequência	Percentual	Percentual cumulativo
14	1	2,5	2,5
15	1	2,5	5,0
16	1	2,5	7,5
18	4	10,0	17,5
19	5	12,5	30,0
20	1	2,5	32,5
21	4	10,0	42,5
22	2	5,0	47,5
23	2	5,0	52,5
24	1	2,5	55,0
25	4	10,0	65,0
26	1	2,5	67,5
27	1	2,5	70,0
28	2	5,0	75,0
29	2	5,0	80,0
30	3	7,5	87,5
32	1	2,5	90,0
34	2	5,0	95,0
35	1	2,5	97,5
40	1	2,5	100,0
Total	40	100,0	

O que caracteriza esta população é que, dentro da categoria adolescência, a maior frequência está nas idades mais próximas à faixa seguinte, a Juventude, com 22,5 % (entre 18 e 19 anos). Considerando que a amostra apresenta 30% de mães adolescentes, temos um índice pequeno de mães muito novas. Entre as mães adultas, observamos que a se maioria encontra com idades entre 30 e 34 anos (15%), apresentando uma porcentagem pequena de mães consideradas pela OMS como “gestante idosa” (mais de 35 anos). A maior parte da amostra (80%) tem entre 18 e 30 anos, mães entre a adolescência e a juventude.

4.1.2 Faixa etária e Escolaridade

Grande parte das mães da amostra (85%) possui o 1º grau completo, denominado Ensino Fundamental. Uma porcentagem importante frequentou o 2º grau (67,5%), sendo que 32,5% conseguiu completá-lo. Apenas 15% da amostra têm o 1º grau incompleto; não encontramos mães analfabetas na população estudada. (Tabela 2)

Tabela 2 Distribuição da amostra segundo Idade e Escolaridade

Faixa etária Escolaridade	Frequência 14 – 19 Adolescência	Frequência 20--29 Juventude	Frequência 30-40 Adultos	TOTAL	
				Frequência	%
1º grau incompleto	4	1	1	6	15%
1º grau completo	2	2	3	7	17,5%
2º grau incompleto	4	8	2	14	35,0%
2º grau completo	2	9	2	13	32,5%
TOTAL (freq.)	12	20	8	40	
TOTAL. (%)	30%	50%	20%		100%

Como 30% das mães possuem dezenove anos ou menos, consideramos que pode não ter havido tempo suficiente para terminar o ensino médio. Podemos afirmar que o nível de escolaridade da amostra é bom para os padrões brasileiros.

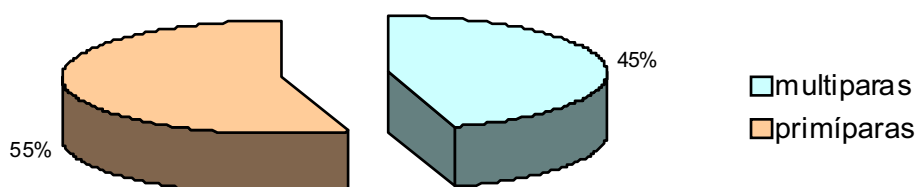
4.1.3 Paridade: primiparidade e multiparidade

A amostra se compõe de 55% de primíparas (22 mães) e 45% (18 mães) múltiparas. Durante a coleta de dados houve o cuidado de parear a amostra com relação a esta variável, pois a revisão de literatura indica que o comportamento de interação mãe-bebê apresenta diferenças entre os grupos.

Durante a coleta de dados encontramos algumas dificuldades para observar múltiparas, pois a população atendida na Instituição parece ser predominantemente de primíparas.

A Figura 2 mostra a distribuição das puérperas com relação ao número de partos.

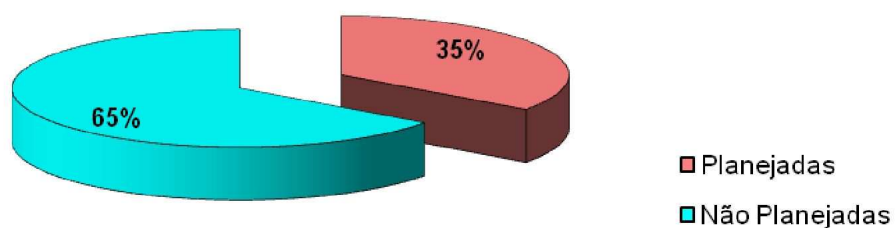
Figura 2 Gráfico de distribuição da amostra em relação à paridade.



4.1.4 Planejamento da gestação

Uma porcentagem importante das gestações da amostra não foi planejada(65%). As expressões que as mães utilizam para descrever esta vivência são “acidente”, “descuido”, “susto”. Apenas 35% das mães afirmam ter planejado a gravidez. Os dados são apresentados na figura 3.

Figura 3 Gráfico de distribuição da amostra em relação ao planejamento da gestação.



4.2 Dados sobre as manifestações de comportamento, indicadores de interação mãe e filho:

As mães tiveram contato com o bebê em até três horas após o parto e a maior parte da amostra estava disposta a estabelecer contato com o bebê, que chega à Enfermaria e recebe um banho da auxiliar de enfermagem. Ela entrega o recém-nascido à mãe após este banho e ele geralmente chega dormindo ou sonolento. Algumas mulheres ficavam muito frustradas ao não obter nenhuma resposta a tantas tentativas de contato e outras realmente conseguiam “acordar” o bebê e estabelecer uma relação.

Algumas observações de contato mãe-bebê estão ilustradas a seguir para que o leitor possa compreender a dinâmica da comunicação, dos gestos e da conversa corporal que se estabelece neste encontro

4.2.1 Comportamentos de interação mãe-bebê na dinâmica dos primeiros contatos:

Figura 4

A mãe recebe o bebê da auxiliar de enfermagem e o segura no antebraço; ela olha para ele e esboça um sorriso. O bebê reage com movimentos corporais de agitação, “susto espontâneo”.



Figura 5



A mãe recebe o bebê da auxiliar de enfermagem, olha para ele e está pronta para amamentar, já se prepara para dar o seio ao bebê.

Figura 6



Mãe e bebê estabelecem contato olho a olho, o bebê dirige o olhar para os olhos maternos; ela o segura e o coloca em posição face a face. O bebê dirige o olhar para os olhos maternos e a mãe vocaliza para ele.

Figura 7

O bebê está com os olhos abertos, atentos, rosto imóvel, respiração regular, mantém os olhos abertos, parece concentrar-se nos estímulos externos, responde imediatamente a estímulos adicionais; atividade generalizada.



Figura 8



Sonolência: os olhos podem estar abertos ou fechados ou alternados; a atividade motora é variável. A mãe sorri e acaricia o bebê que, com os olhos fechados, sonolento, reage ao toque da mãe.

Figura 9

A mãe faz contato face a face com o bebê enquanto sorri para ele.



Figura 10



A mãe segura o filho no antebraço. Ela faz careta imitando a mímica facial do bebê, enquanto o toca com a ponta dos dedos

Figura 11

A mãe segura o bebê próximo ao corpo e o abraça e beija.



Figura 12

A mãe toca o bebê com os dedos, olha para ele, enquanto amamenta. O bebê parece mamar vigorosamente enquanto repousa sua mão na pele da mãe.



Figura 13



A mãe estimula o bebê a mamar, segura-o com o antebraço e dirige o olhar para sua face.

Figura 14

O bebê mama vigorosamente e a mãe mantém o olhar para a sucção.



Figura 15



A mãe segura o bebê próximo ao corpo com o antebraço, olha para sua face e o toca com a ponta dos dedos

Figura 16

A mãe adolescente experimenta os primeiros contatos com o bebê, olha para ele e o toca com a ponta dos dedos sobre a roupa.



As imagens oferecem um panorama da diversidade de comportamentos que as mães apresentam quando recebem seus bebês e as respostas dos bebês são também bastante diversas, mas muito relacionadas à ação da mãe. Para saber se a amostra continha mães com comportamentos semelhantes, os dados registrados acerca dos comportamentos de interação receberam tratamento estatístico de homogeneidade (correlação de Pearson). As mães foram agrupadas em três grupos homogêneos de acordo com seus comportamentos nas cinco dimensões: afetuosidade, proximidade, cuidados com o recém-nascido, atenção materna e dificuldades.

4.2.2 Grupos de mães: Atenção Materna, Afetos, Proximidade

As mães foram distribuídas em três grupos, que se comportam de maneira semelhante dentro do grupo e são diferentes entre eles, de acordo com as médias em cada dimensão. A escolha do nome de cada grupo se fez em função da dimensão em que o mesmo obteve o maior índice. Estão no grupo de Atenção materna 40,0% das mães; no grupo dos Afetos 32,5% e no grupo de Proximidade 27,5%. A análise dos grupos com relação à faixa etária constatou homogeneidade entre eles. Na Tabela 3 encontram-se a frequência e o percentual de mães que passaram a compor cada grupo.

Tabela 3 - Distribuição da amostra em Grupos de mães segundo comportamentos de vínculo.

Grupos de mães	Frequência	Percentual
Atenção materna	16	40,0%
Afetos	13	32,5%
Proximidade	11	27,5%
Total	40	100,0%

Cada grupo se caracteriza por conter mães que realizaram comportamentos semelhantes nas dimensões. Serão descritas a seguir:

Grupo de Atenção Materna: Caracteriza-se por ter mais necessidade da atenção do ambiente, poucas manifestações de afetuosidade, quase não manifesta ações de cuidado com o recém-nascido e apresenta o índice mais alto de dificuldades em relação aos outros grupos. Com relação à proximidade tem uma média semelhante ao grupo dos afetos e menor do que a média desta dimensão no grupo da proximidade. Fazem parte deste grupo 40% da amostra, 16 mães.

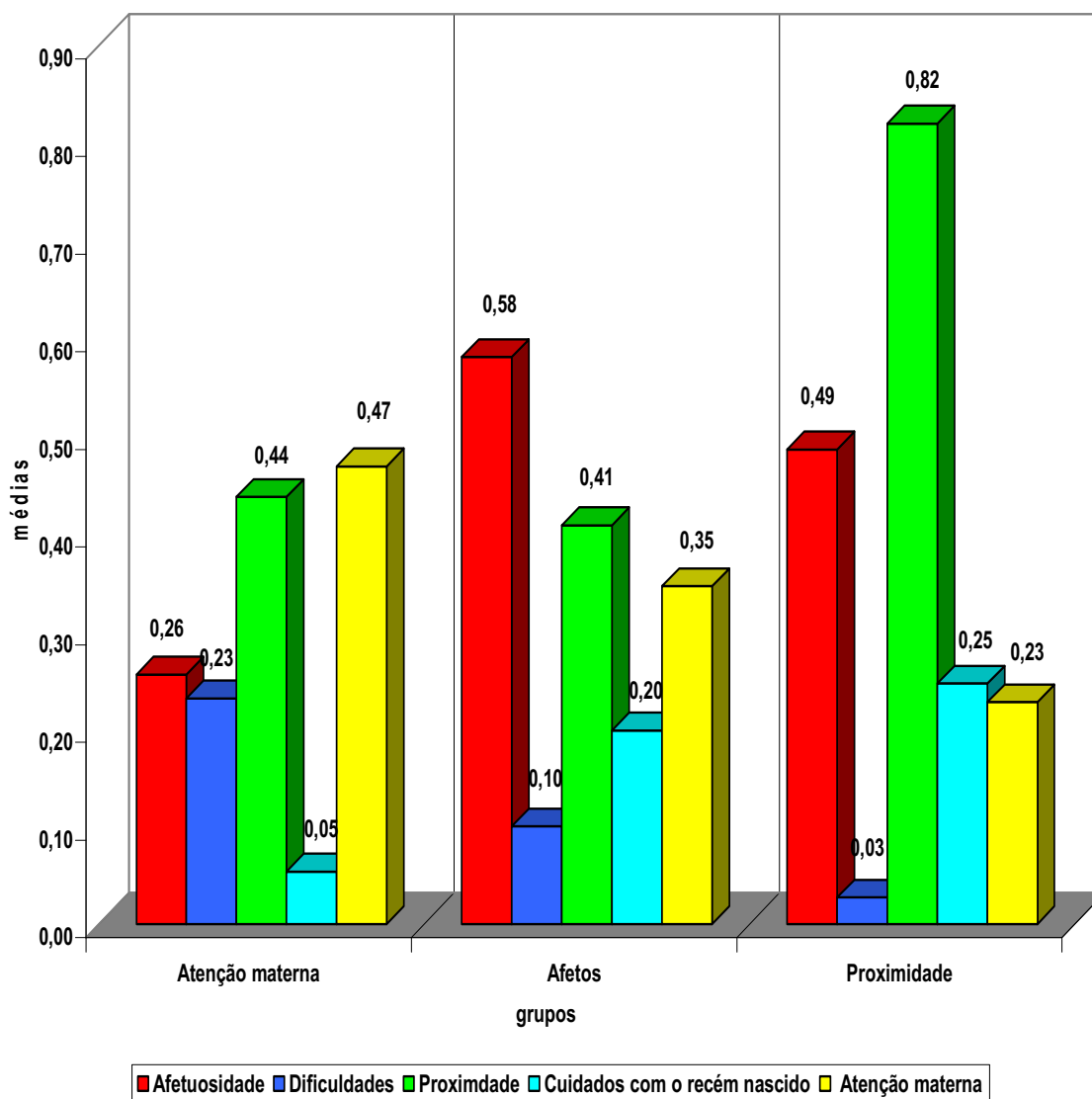
Grupo dos Afetos: Caracteriza-se por ter o índice mais alto de manifestações de afetuosidade e poucas dificuldades. Em relação ao grupo de atenção materna apresenta mais cuidados com o recém-nascido e um índice semelhante de manifestações de proximidade. Com relação à necessidade de atenção materna, tem um índice menor do que o grupo de proximidade e maior que o grupo de atenção materna. Fazem parte deste grupo 32,5% da Amostra, 13 mães.

Grupo de Proximidade: Entre os três grupos de mães este apresenta o maior índice de proximidade (0,8) e um índice bem próximo a zero de dificuldades. Com relação à necessidade de atenção materna tem índice baixo (0,2). O grupo apresenta mais manifestações de afetuosidade do que o de atenção materna e

menos do que o dos Afetos. Tem o maior índice de cuidados com o recém-nascido. Fazem parte deste grupo 27,5% da amostra, 11 mães.

Na figura 17 podemos observar as diferenças entre cada grupo em relação às médias nas dimensões de comportamentos de vínculo.

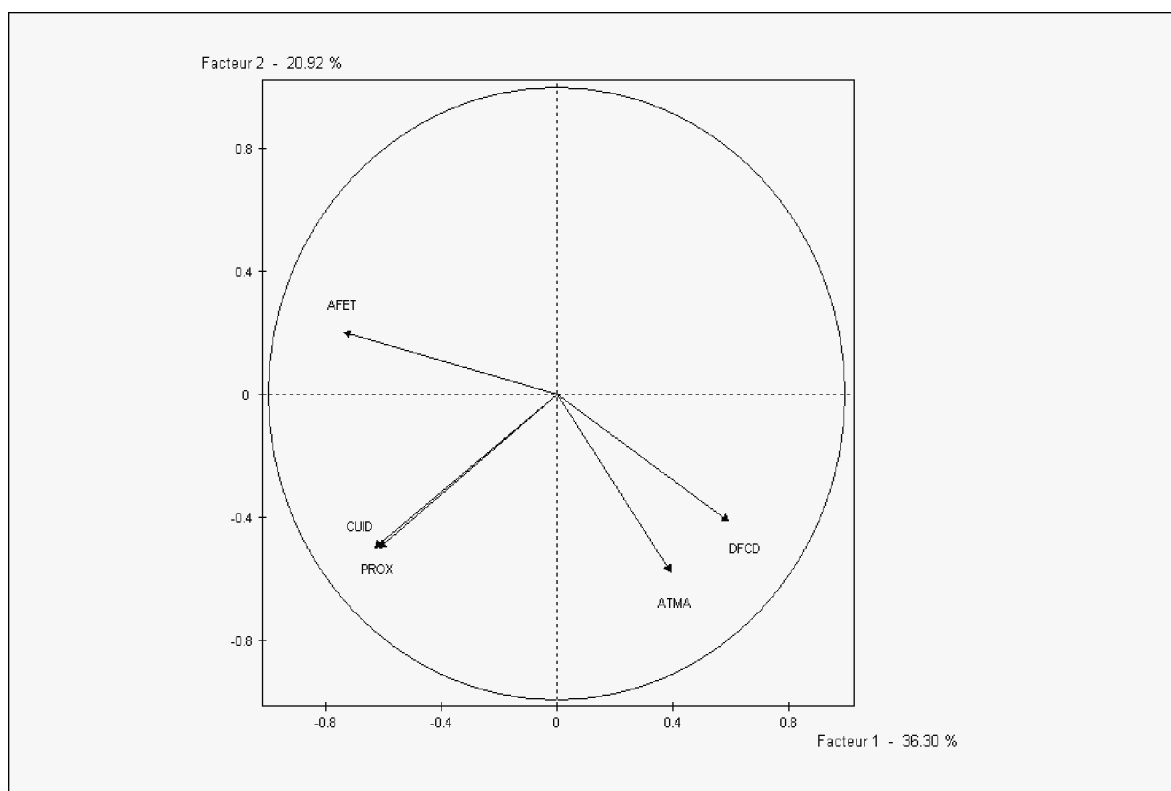
Figura 17 - Gráfico de distribuição da amostra em grupos e as médias em cada dimensão de comportamentos de vínculo por grupo.



Os resultados foram tratados por uma análise fatorial e encontramos uma grande correlação entre as variáveis cuidados com o recém-nascido e proximidade.

Atenção materna e dificuldades também estão fortemente relacionadas conforme a Figura abaixo.

Figura 18 - Gráfico da correlação entre as dimensões de comportamentos de vínculo.

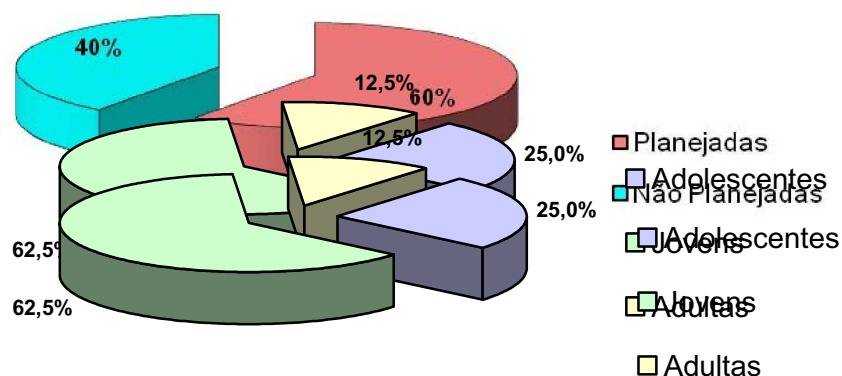


Cada um dos grupos apresenta uma configuração específica com relação ao planejamento da gravidez e faixa etária. No Grupo de Atenção materna, que realizou menos comportamentos de vínculo, 60% das mães não planejou a gestação. Este dado indica que o planejamento da gravidez não tem uma relação direta com a frequência dos comportamentos de vínculo. A faixa etária predominante neste grupo é de jovens (62,5%), contendo na faixa de adultas 12,5%, e poucas adolescentes (25,0%). A adolescente, presente em maior porcentagem nos outros grupos, parece não ter tantas dificuldades nos primeiros contatos com o bebê como poderíamos esperar.

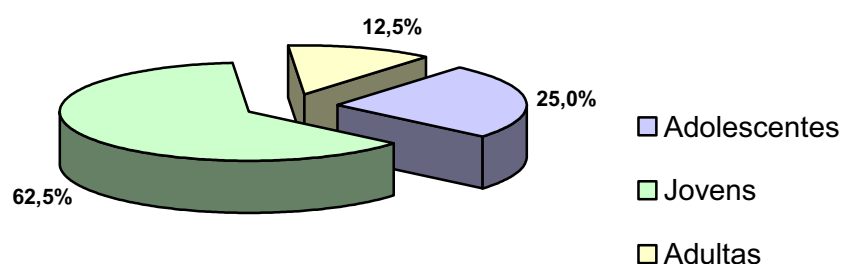
Abaixo podemos visualizar os gráficos que mostram a distribuição do Grupo

de Atenção materna com relação ao planejamento (Figura 19) e faixa etária (Figura 20)

Figura 19 Gráfico de planejamento da gravidez no Grupo de Atenção Materna



20 Gráfico de Distribuição por faixa etária no Grupo de Atenção Materna



No Grupo dos Afetos observamos um índice alto de gestações não planejadas (75.0%). Estes dados apontam novamente para o planejamento da gestação como variável não relacionada aos comportamentos de vínculo nos primeiros contatos. Chama a atenção a presença de quase metade do grupo composto por adolescentes (45.0%) a maior frequência entre os três grupos. Podemos visualizar a distribuição do Grupo com relação ao planejamento na Figura 21 e a composição do Grupo segundo faixa etária na Figura 22.

Figura 21 Gráfico de planejamento da gravidez no Grupo dos Afetos

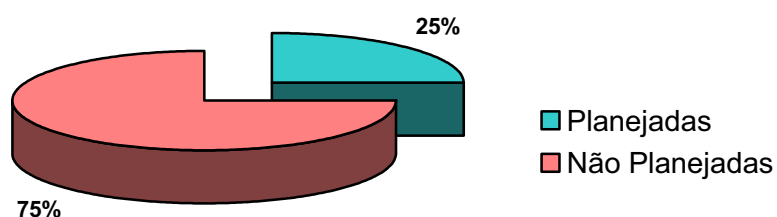
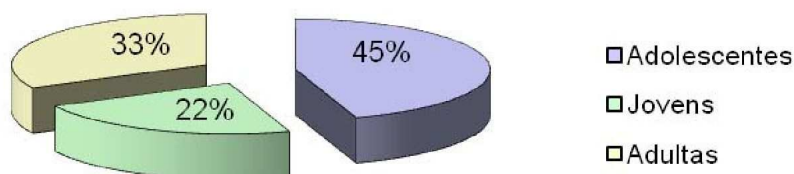


Figura 22. Gráfico da distribuição por faixa etária no Grupo dos Afetos



O Grupo de Proximidade apresenta-se homogêneo com relação ao planejamento da gestação, conforme Figura 23 Com relação a faixa etária o grupo apresenta uma frequência alta de mães jovens (55%) e índices iguais de adolescentes e adultas. (Figura 24)

Figura 23. Gráfico de planejamento da gravidez no Grupo da Proximidade

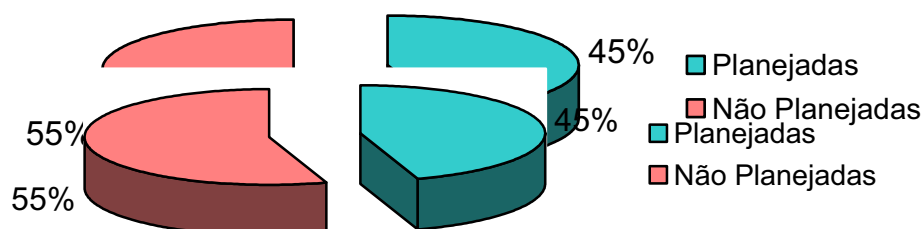
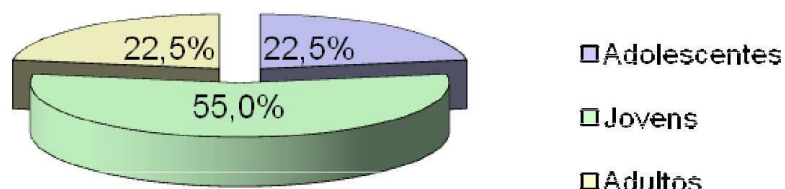


Figura 24. Gráfico de distribuição em faixa etária do Grupo de Proximidade



4.2.3 As mães e seus bebês. Os bebês e suas mães.

A correlação entre as médias das manifestações de comportamentos de vínculo e as respostas dos bebês, agrupadas nas respectivas dimensões foram consideradas como fator de análise interação mãe-bebê. Foi aplicado o coeficiente de produto momento de correlação Pearson (r de Pearson) que indicou a correlação entre as dimensões de comportamentos das mães -afetuosidade, dificuldades, proximidade, cuidados com o recém-nascido e atenção materna- e dos bebês- comportamento facial, respostas ao toque, comportamentos para-verbais, padrões de sucção e estados de vigília e sono. As correlações entre as dimensões apresentaram significativas diferenças conforme a tabela 5.

Alguns resultados indicam um grau significativo de correlação entre algumas dimensões de comportamentos e, portanto, um sinal de relação entre o comportamento da mãe e o comportamento do bebê, sem questionar causa ou consequência dos comportamentos.

Tabela 5 - Correlação entre as médias dos comportamentos das mães e dos recém nascidos.

Recém-nascido Mãe	Comportamento facial	Respostas ao toque	Comportamentos para-verbais	Padrão de sucção	Estados de vigília e sono
Afetuosidade	+ 0,193*	+ 0, 476 **	+0, 290*	-0,291*	0,167
Dificuldades	-0,238*	+ 0,010	-0, 187	+0,062	-0,078
Proximidade	+ 0,067	-0,149	-0,238*	+0,309*	-0,031
Cuidados com o recém-nascido	+ 0, 003	+ 0,180	+ 0, 429 **	+0,236*	+0,459**
Atenção Materna	-0, 242*	-0,96	- 0,185	-0,218*	-0,066

* índices significativos de correlação

** índices significativos de correlação

Quanto mais comportamentos de afetuosidade, mais os bebês responderam ao toque (+0, 476). Na díade mãe-bebê, cujas mães efetuaram mais comportamentos de mais cuidados, os bebês responderam com mais comportamentos para-verbais (+ 0, 429) e manifestaram uma variedade grande de estados de vigília e sono (+0, 459).

Não há relação entre as dificuldades que as mães apresentaram com respostas ao toque, padrões de sucção e estados de vigília e sono. Quanto mais dificuldades na interação a mãe apresenta, há menos comportamentos faciais (-0,238) e menos comportamentos para-verbais (-0,187). Quanto mais comportamentos de atenção materna, menos comportamentos faciais (-0, 242) e menos respostas

para-verbais (-0,185) Estas, mais atentas ao ambiente amamentam menos seus filhos em relação àquelas que têm mais comportamentos de proximidade e cuidados com o bebê. O índice de padrões de sucção (-0,218) relacionado aos comportamentos de atenção materna indica que quanto mais as mães exigem atenção do ambiente, menos elas amamentam.

Os bebês que tiveram mães com mais comportamentos de proximidade apresentaram mais padrões de sucção (+0,309), o que indica que amamentaram mais seus bebês neste primeiro contato. Cuidados com o bebê e proximidade são comportamentos que têm uma correlação muito grande, portanto mães que tiveram mais comportamentos de proximidade cuidaram mais de seus bebês, que apresentaram menos manifestações paraverbais e mais padrões de sucção. Muito provavelmente estas mães supriram a necessidade oral de seus bebês e exerceram uma ação educativa no sentido da auto-regulação.

4. 3. Dados sobre a experiência materna

Os dados encontrados sobre a experiência materna, obtidos através da entrevista clínica são apresentados em quatro temas:

- 4.3.1 As emoções e o *holding* durante a gestação,
- 4.3.2 A dor e a presença de *holding* no trabalho de parto e parto,
- 4.3.3 O encontro com o bebê.
- 4.3.4 Perspectivas de *holding* no pós-parto.

4.3.1. As emoções e o *holding* durante a gestação

Os relatos das emoções e dos sintomas físicos sempre estão acompanhados de adjetivos superlativos absolutos, especialmente a expressão “muito”, indicando que as vivências emocionais e físicas são experimentadas durante esta fase como intensas e supervalorizadas. Vivências desagradáveis como medo, ansiedade, depressão, desânimo e irritação se alternam com expressões de prazer, observados em alguns recortes:

“... Durante a gravidez eu tinha muito medo de dar alguma coisa errada, muito medo mesmo!”

“No final da gravidez estava muito aflita!”

“Fiquei muito deprimida!”

“Na ultima semana de gravidez fiquei muito ansiosa e não conseguia dormir.”

“Fiquei muito feliz.”

“Tive muito medo.”

“Foi muito difícil”

“Até os seis meses fiquei muito desanimada.”

“Fiquei muito aflita no começo.”

“Durante a gravidez fiquei muito nervosa e irritada.”

“Foi uma gravidez muito legal.”

“No final da gravidez eu não ficava muito ansiosa.”

“A gravidez foi muito boa.”

Ao lado dos relatos que indicam a intensidade das emoções durante a gestação, apareceram espontaneamente indicativos da importância da existência de *holding* durante este período. A maior parte das mães (72,5%) relata nas entrevistas que obteve *holding* durante a gestação, apontando a importância destes cuidados.

O desejo de ter o filho e a aceitação da gestação por parte do marido ou namorado é um dado que aparece em muitas falas, muitas vezes como fator determinante para diminuir a ansiedade, ajudando na aceitação da gestação por parte da mãe, como podemos observar a seguir:

“Eu gosto muito do meu marido; ele é muito carinhoso, tudo que eu quero ele me dá. Fiquei morando na casa da minha mãe, eu e meu marido, porque ele ficava com medo de eu ficar sozinha.

“Meu marido gostou muito, pra ele tanto faz ser homem ou mulher. Fiquei muito aflita no começo!”

“O pai é um amor, tava mais ansioso que eu. o pai queria uma menina, mas o nenê foi super desejado por todos.”

“Meu marido queria mais do que eu e foi muito legal comigo gestação.”

“Meu marido aceitou logo, bem diferente de mim e isso me ajudou bastante.”

“Foi planejado, meu marido é quem mais queria, mais que eu e no fundo eu não queria...”

“Tive depressão no começo. Meu pai não aceitava. Quando meu namorado ficou sabendo, disse que ia assumir a menina. Melhorei e muito!”

Em algumas colocações a aceitação e o apoio incondicional por parte da família são apresentados com bastante ênfase, na maior parte das vezes os relatos são acompanhados de adjetivos superlativos como podemos observar nos relatos abaixo:

“Foi planejado e muito esperado por todos! A família ficou super feliz.”

“Minha madrasta me ajudou muito!”

“Os avós adoraram!”

“Ele foi muito desejado pela família toda”

“Todo mundo está aguardando com muita alegria a chegada dela.”

“Minha mãe amou a gravidez, um pouquinho é corujisse...”

“Quando eu soube da gravidez, a família toda fez festa, todo mundo está babando!”

“A gravidez foi planejada há três anos e esta sendo muito esperado este nenê por toda a família!”

“Durante a gestação passei muito bem, foi ótima, não tive nenhum problema, a família ficou muito contente.”

“A família ta aceitando legal, é muito querido esse nenê.”

Em algumas experiências maternas aparece a rejeição inicial por parte da família que, ao longo do tempo, passa a aceitar. Algumas mães colocam claramente a importância da aceitação da família para que ela se sinta “aliviada”.

“No começo a família não gostou muito, mas depois acabaram gostando. Minha mãe e que ficou mais brava que o meu pai! Foi um alívio quando aceitaram!”

“Minha mãe queria que eu casasse de véu e grinalda, mas não pressionou, ela entendeu a situação. Tenho uma boa relação com ela, não gostou no começo, mas a barriga foi crescendo e foi ficando tudo bem!”

“Meu namorado sumiu, fiquei chateada, mas o apoio da família me ajudou, o resto é secundário.”

“Meu marido se da muito bem com a minha família. A mãe dele morreu de ciúmes dele, não queria que a gente casasse agora ela aceita. Meu pai o chama de filho.”

Uma parte da amostra (28,5%) demonstra não ter recebido *holding*. Faz parte destas falas a rejeição da gestação pelo marido ou namorado, da própria família de origem ou da família do namorado. Algumas destas colocações ilustram a vivência:

“A família dele não gosta muito de mim. Estamos brigados desde o carnaval e eu não sei se eu gosto mesmo dele. Não sei se ele vai me ajudar, mas eu não estou nem aí.”

“Minha mãe e meio pancada ela e muito pirada. Não deu pra contar muito com ela.”

“No começo meu marido também não aceitou, levou meses para aceitar.”

“Tudo que as pessoas me falavam, eu me ofendia. Fiquei muito mal com a família! Fiquei muito deprimida.”

“A gestação foi complicada porque a família dele não gosta de mim, parece né! Eu não tive muito apoio deles e sabe... Tive que conviver moro junto com eles!”

A gestação na adolescência ou quando o casal ainda não tem uma vida em comum muitas vezes implica em uma rejeição importante por parte das famílias. É muito difícil para alguns familiares, especialmente para os pais (avós), aceitarem a gravidez num momento em que um bebê não faz parte de seus planos para as filhas. Algumas colocações exemplificam esta questão que permeia a gravidez “fora de hora” com relação à aceitação e o apoio da família de origem ou da família do companheiro:

“A gravidez aconteceu! Foi um acidente! Pensei logo na minha mãe falando: quem vai olhar esse menino? A minha filha mora com a minha mãe na Bahia, então já viu né!”

“No começo ela ficou muito brava... A mãe não falou nada. Fui pegando as coisas pra ir embora. Meu pai nem ligou quando me viu indo embora. Não gostou. Eu assumi meu erro. Minha mãe acha que é um erro. Ele (o marido) entrou em depressão com sete meses de gravidez.

“Eu nunca tive muita amizade com meu pai, nunca demonstrou carinho. Quando ele soube, nós brigamos, eu saí de casa chorando e fui pra casa do meu namorado. Minha mãe sofreu!

“Quando a família dele soube da gravidez, rejeitou, foi um impacto! O pai dela (o bebê) é malandro.

“A família do pai não queria aceitar. No começo da gravidez foi duro. O pai tem 17 anos e não trabalha. Os pais dele ajudam financeiramente e acharam a maior irresponsabilidade ter um filho nestas condições. Durante um bom tempo fiquei muito deprimida, muito triste. Minha mãe também não aceitou, era um exercito contra mim, todo mundo contra!

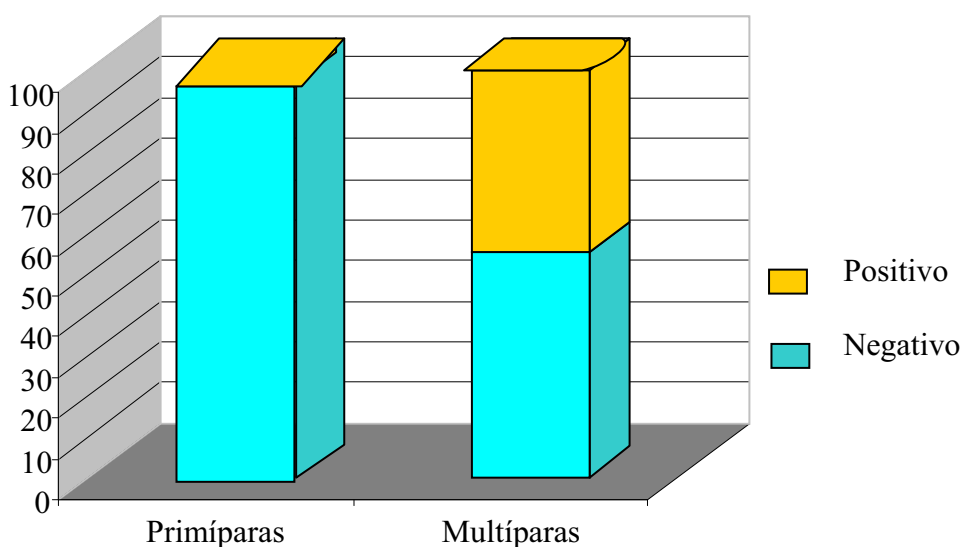
4.3.2. A dor e a presença de holding durante o trabalho de parto e parto.

Quando perguntamos às mães como foi o parto, todas se referem a este trazendo algum valor acerca da dor, a maioria como uma experiência dolorosa e intensa, o parto como alívio ou indolor e uma pequena porcentagem cita a experiência como uma vivência menos dolorida em geral relacionando-o a outros partos anteriores.

. Das 22 primíparas só uma delas não colocou a dor como uma dificuldade no parto, 95,46% apontam a dor do parto como muito intensa e um problema a ser enfrentado. Das 18 mães multíparas, 10 delas (55%) não colocam a dor como um problema, 45% apontou a sensação de dor no parto enfocando seu aspecto negativo. (Figura 19)

O parto é experimentado pela maioria das mulheres como uma experiência intensa. As multíparas também relatam a intensidade da dor, mas em geral dão à esta um valor diferente do que as “mães de primeira viagem”. A experiência e as vivências anteriores parecem exercer alguma influência sobre a vivência da dor no trabalho de parto e parto.

Figura 25 Gráfico que relaciona o “valor” da dor no trabalho de parto e paridade.



Os recortes abaixo mostram a dificuldade da experiência da dor, sua intensidade e o sofrimento que fazem parte das recordações, ainda recentes, do trabalho de parto e parto:

“Dói muito, as contrações foram muito doloridas e eu me senti muito cansada.”

“O trabalho de parto foi horrível.”

“Senti muita dor no parto!”

“Tudo que eu sofri no parto pra ganhar ela valeu a pena!”

“Sai a dor que você sentiu a sensação é maravilhosa. O parto foi muito dolorido. Senti aquela dor forte de que todo mundo fala! “

“Ai que dor. As dores foram difíceis!”

“Eu jantei ontem e quando foi meia noite comecei a sentir dor de barriga. Dor muito forte. A dor é muito forte. No parto foi uma emoção tão grande!”

“Eu só queria que a dor passasse Completei nove meses e comecei a sentir dor.No parto sofri muito.”

“Eu sofri muito no parto. O parto foi muito longo. É uma dor!”

“O parto foi muito ruim!”.

Entre as multíparas 55% não colocaram a dor como um problema na experiência do parto, essa é apontada com um valor positivo, muitas vezes comparando-a com partos anteriores e em alguns casos nem mencionada. As colocações abaixo exemplificam a experiência das multíparas:

“Foi bom, muito bom!”

“Não reclamei da dor O parto foi um sucesso!”

“O parto foi rápido. Não senti dor!”

“Tive menos dor que dos outros partos”

“O parto foi muito bom, não sofri muito. O parto foi bom, tranquilo!”

“Dói, mas passa!”

“O parto foi bom, rápido, nasceu no banheiro. A bolsa estourou uma hora da madrugada e as contrações ficaram fortes depois das sete horas.”

“Este parto foi mais rápido do quem o primeiro, muito rápido!”

“Este parto foi diferente dos outros, foi bom!”

A presença do companheiro ou da mãe, importantes para o suporte emocional durante o parto, é colocada pela maior parte da amostra. Os relatos mostram que o *holding* é muito importante durante o parto, por parte da mãe da parturiente e das doulas. Algumas falas indicam a importância desta presença acolhedora no enfrentamento da dor:

“No parto minha mãe chorou também, foi muito bom!”

“Minha mãe ficou comigo no parto. “A dor foi forte, mas tive calma porque minha mãe estava lá comigo.”

“Quando a gente tem filho sente falta da mãe é importante a presença dela no parto!”

“A doula foi um anjo que me ajudou”

A ausência de acompanhamento do parto por parte de um familiar, especialmente a mãe e o companheiro aparece como uma experiência frustrante para aquelas que não obtiveram esta presença. Os sentimentos de rejeição, de abandono e a necessidade de receber cuidados da mãe ou do marido ficam evidentes nos recortes abaixo:

“Eu fui a única mãe que o marido não ficou!”

“A mãe está em primeiro lugar, sinto falta dela queria que ela estivesse lá comigo!”

A presença de um acompanhante no trabalho de parto e parto fornece *holding* necessário para que a parturiente viva a experiência da dor e da ansiedade como menos estressantes, sua ausência parece não colaborar para que a experiência seja positiva.

4.3.3. A Experiência do encontro com o bebê

A experiência do encontro com o bebê aparece como muito prazerosa, estar próxima ao filho e tê-lo nos braços, está presente em todos os relatos como uma experiência muito gratificante. Recortes destas falas expressam a intensidade do encontro e o intenso prazer que as mães experimentam:

“Estou me sentindo bem muito Mas muito bem. Estou achando este encontro uma maravilha!”

“Eu estou me sentindo muito, muito feliz!”

“Muito gratificante estar agora com ela!”

“Estou achando muito bom tudo isso!”

“Muito boa a sensação agora. Muito boa mesmo!”

“Eu estou muito feliz Não tem sensação mais gostosa no mundo!”

“Este encontro agora to achando maravilhoso!”

“Estou muito feliz com meu filhinho Eu adoro amamentar e é muito bom poder curtir isso agora depois de tanto tempo!”

“Estou me sentindo a mulher mais feliz do mundo!”

“Está muito gostoso! Eu gosto muito de ser mãe.”

“É uma coisa minha. A sensação é gostosa e única. A sensação de ser mãe é maravilhosa!”

O contato pele a pele é uma forte vivência neste encontro, podemos perceber a emoção de grande prazer pela proximidade corporal através dos relatos:

“Eu estava muito ansiosa. Estou muito feliz de ter o bebê nos braços agora!”

“Estou achando maravilhoso tudo isso aqui. Estar com ela nos braços é maravilhoso!”

“Quando o bebê tá aqui nos braços da gente é mais amoroso do que quando está na barriga...”

“Estou bem agora que ela está comigo, pertinho!”

Sentimentos ambivalentes transparecem em algumas colocações; insegurança e sensações de estranhamento são expressões comuns ao lado das manifestações de prazer e alegria:

“Eu estou muito feliz. Dá um pouquinho de tristeza. Estou amando o encontro”

“Estou insegura, mas feliz.”

“Eu estou me sentindo estranha”

“É maravilhoso estar com ela agora, mas eu queria minha mãe, estou insegura neste momento... é estranho mesmo!”

4.3.4. Perspectiva de holding no pós-parto

Todos os relatos que se referem ao pós-parto apontam para a importância da existência de um suporte familiar e a sensação de segurança que esta perspectiva oferece ou para a preocupação com a falta de *holding* para enfrentar este período. A

maior parte da amostra (70%) faz relatos indicativos da perspectiva de *holding* durante o puerpério; (30%) das falas indicam dificuldades de obtenção do mesmo no puerpério.

Nos recortes abaixo observamos que a rede de ajuda é ampla, incluindo os familiares da família de origem, da família do companheiro e em alguns casos de vizinhos. As avós, especialmente a mãe da puérpera e os maridos são apontados como importantes personagens nesta tarefa. Cada família se organiza da maneira que pode para dar suporte durante os primeiros meses e esta perspectiva está diretamente ligada ao sentimento de tranquilidade.

“Quando eu chegar em casa, vai ta assim cheio de gente. Moro com minha mãe, vou tirar licença, ela vai ajudar. Não vejo a hora de ir pra casa, quero minha cama!”

“Quando eu voltar pra casa, meu marido e minha vizinha, vão me ajudar.”

“Meu marido vai ajudar bastante! To tranquila.”

“Em casa vou ter ajuda de minha tia e da minha irmã. Conto bastante com a minha família.”.

“Quando eu for pra casa, minha mãe vai ajudar... Muito! Vai me apoiar muito.” “Ah em casa, não to preocupada não, minha mãe e minha irmã vão ajudar!”

“Quando eu voltar, quem vai ajudar e minha mãe, eu moro em cima da casa dela, então ta tudo bem, estou tranquila!”

“Minha mãe vai me ensinar a cuidar dela; eu não sei nem o que fazer! Nós vamos ficar uns três meses na casa dela, e aí vou ficar bem, vou aprender a cuidar com ela. Todo mundo vai ajudar. O marido, a mãe, o pai do marido!”

“Em casa o P. vai pagar uma menina para me ajudar, mas minha mãe vem de Itanhaém para ficar comigo e vai ser bom.”

“Minha mãe, a sogra e a cunhada vão dar a maior força! Vou parar de trabalhar e ficar um ano com meu bebê.”

Na perspectiva de *holding* no puerpério também encontramos sentimentos ambivalentes, quando aparece a incerteza de obter o suporte necessário, a necessidade de se sentir independente e também “não querer depender de ninguém”. Como se observa nas falas a seguir:

“Quando voltar pra casa eu acho que vai ser tranquilo. Meu marido vai ajudar. - Não pretendo pedir ajuda da sogra, não quero depender de ninguém. Minha mãe vai fazer comida pra mim.”

“Em casa: não faço a mínima idéia como vai ser quando chegar em casa. Quem vai me ajudar é minha sogra, muito! Tem que chamar a super nanny!”

A preocupação com os outros filhos, os ciúmes dos irmãos com relação ao bebê e a saudade são temas que permeiam as falas das múltiparas que, apesar de terem a garantia do suporte no pós-parto, preocupam-se com a experiência de ter mais um filho e a dificuldade de não saber lidar com este momento. A seguir observam-se alguns relatos neste sentido:

“Em casa minha mãe vai ajudar, tirou até férias. O irmãozinho está ansioso para ver o Mateus, foi bem preparado e está muito amoroso. Vai ser o paizão. Tomara que não tenha ciúmes.

“Em casa minha mãe vai me ajudar, minha sogra, uma irmã e duas cunhadas, mas um bebe quando está do seu lado e não está cagado, mijado, mamado; ele não dá trabalho, dorme bem. O G. (três anos) que vai ficar com ciúmes. Vou ficar dividida. Ele vai ficar triste quando eu amamentar a nenê. Ele não mamou, ela com certeza eu vou amamentar”

“Em casa, vai ser fogo, vão ser três meninos... Eu vou me dar bem! Minha mãe vai ajudar minha madrastra também, quero dormir comer bem, quero minha casa e meus meninos, que eu já to com saudades!”

Algumas mães falam da necessidade de voltar ao trabalho ou aos estudos, acompanhada do suporte familiar ou de alternativas já programadas durante a gestação para dar conta do retorno a estas atividades:

“O pai é um babão adora crianças, umbigo e banho são tarefas dele, e com ele mesmo, ninguém pode chegar perto! Meu marido vai me ajudar quando voltar pra casa. Vou ficar em casa ate ele fazer quatro ou cinco meses, depois vou trabalhar e colocar uma menina para me ajudar e olhar ele.”

“Quando for para casa, minha irmã vai me ajudar. Quero recomeçar os estudos e recomeçar minha vida.”

“Em casa vou ter ajuda da sogra, tenho um bom relacionamento com ela, sempre que ganho nenê ela vem me ajudar, ela gosta muito desta fase e me da à maior mão! Quero trabalhar depois que ela desmamar!

“Quando eu for para casa, minha mãe vai ficar comigo e me ajudar por um mês. Depois que ela for embora, eu não sei como vai ser... Depois vou colocar na creche, eu vou levar e meu marido vai buscar.”

A ausência de *holding* no pós-parto ou a insuficiência deste suporte é apontada por algumas puérperas. Estas mães expressam a preocupação de não acreditar que vai conseguir cuidar do bebê sem o suporte necessário, expressando- se com as colocações que se seguem:

“Não sei como vai ser quando voltar pra casa,... Ha. Minha mãe vai ajudar, vai ficar um mês comigo. E eu não sei se é suficiente!”

“Morro de vontade de voltar a estudar; quero ser alguém na vida. Parei de estudar por causa do namoro, me arrependi! Mas é maravilhoso... Em casa, sabe to perdida!”

“Estou preocupada com a volta pra casa, minha mãe trabalha e não pode ficar comigo... A família dele não vai com a minha cara!”

“Meu marido trabalha de noite e vai ficar com o nenê para eu trabalhar, sou caixa de loja. Minha mãe também vai ajudar a ficar com ela de vez em quando... Vou me virar como dá, vai ser difícil”

“Quando eu voltar pra casa... Quem vai me ajudar é a avó dele. Eu não sei a reação das pessoas... Estou aflita... será que vão gostar?... Vizinhos, cunhados vão querer pegar!”

“Quando eu for para casa, minha mãe vai ficar comigo e me ajudar por um mês...Depois que ela for embora, eu não sei como vai ser.”

“Estou preocupada com meu filho, sabe, dependendo financeiramente do sogro, com filho de outro casamento! O meu marido brinca bastante com ele, tem uma boa ligação com ele, pelo menos isso! Mas ajuda mesmo não vou ter!”

“Meus parentes moram distante, são todos do nordeste, não tem ninguém pra ajudar. Meu marido pediu uns dias de folga para me ajudar e cuidar do menino, mas é pouco.”

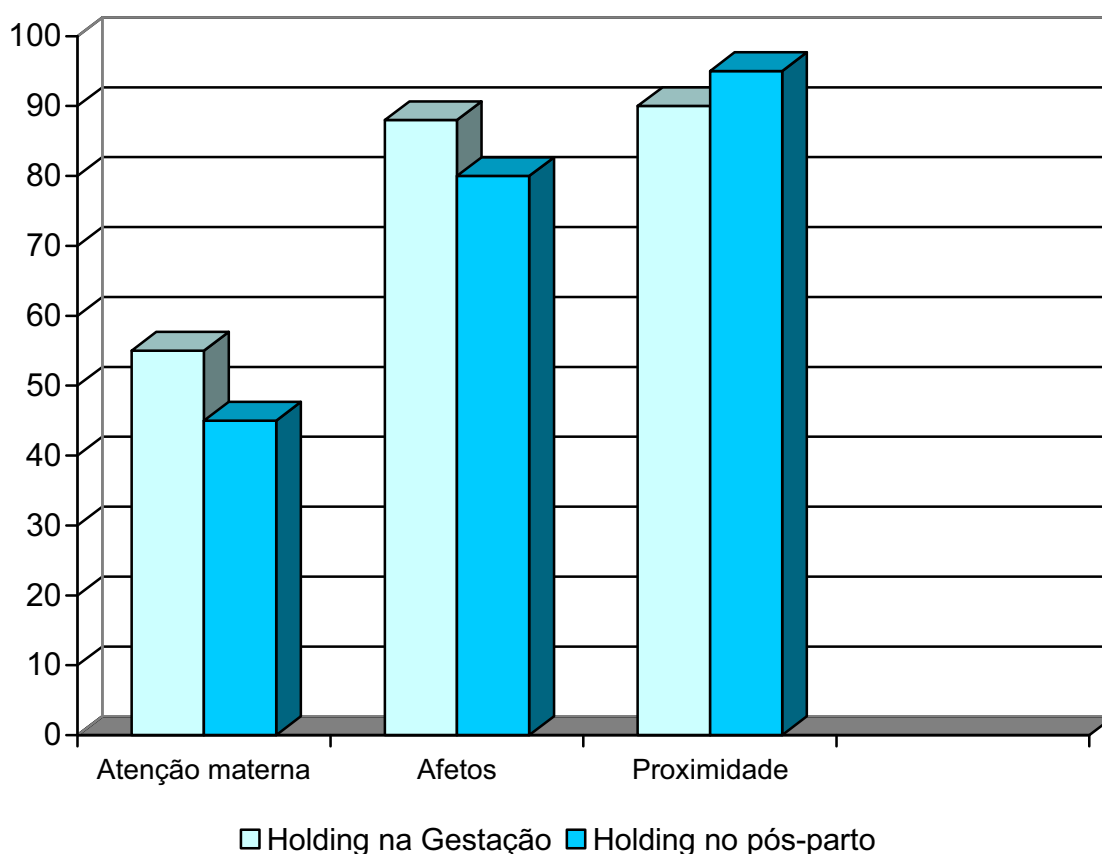
Elas estão inseguras quanto a como vão conseguir desempenhar o papel materno e cuidar do bebê com tranquilidade sem o *holding* que é necessário para que a mãe possa exercer a sua função de *holding* para com o bebê. Algumas estão preocupadas em voltar ao mercado de trabalho, enquanto outras têm parentes que moram muito distantes e não contam com o apoio objetivo da família de origem. O desejo de que suas mães estivessem presentes, nestes primeiros momentos, aparece acompanhado de tristeza.

4. 4. Comparando os grupos de mães e a experiência materna de *holding* durante a gestação e sua perspectiva no pós-parto:

No grupo de Proximidade 90% das mães relataram ter obtido *holding* durante a gestação e 95% tinham a perspectiva de obtê-lo no pós-parto. No Grupo dos Afetos 88% das mães obtiveram *holding* na gestação e 80% têm perspectiva de obtê-lo no puerpério. O Grupo de Atenção materna relatou um índice mais baixo de

holding nos dois momentos do ciclo, 55% deste grupo obteve *holding* durante a gestação e 45% das mães tinham perspectiva de *holding* no pós-parto. (Fig. 26) Comparando a descrição dos comportamentos dos Grupos de mães e de seus bebês com a experiência de *holding* obtida durante a gestação e a perspectiva que estas mulheres têm de obter *holding* no puerpério, observamos uma correlação importante entre estas variáveis.

Figura 26 Gráfico da distribuição dos Grupos de mães em relação ao *holding* recebido durante a gestação e a perspectiva de *holding* no pós-parto.



4.5. Discussão

Todas as mães manifestaram aspectos positivos no momento do encontro com o bebê, expressando a forte emoção desta vivência, não apresentando

diferenças significativas com relação aos relatos da experiência materna quanto ao encontro com o filho no pós-parto.

Quanto ao parto, a maioria das experiências relatadas coloca a sensação de dor como uma vivência intensa e o *holding* vivenciado no processo de trabalho de parto e parto como essenciais para amenizar a ansiedade e o medo, quando acompanhadas pelo companheiro ou por uma doula. A dor no parto é vivenciada como negativa por quase todas as primíparas, enquanto que para quase metade das multíparas ela não é encarada como um aspecto ruim da vivência, ao contrário, como um aspecto positivo. Estes resultados indicam que a experiência de parto anterior coloca-se como uma variável significativa na vivência da intensidade da dor.

A maior parte da amostra esteve acompanhada durante o parto pelo marido, namorado, mãe ou por uma doula. O acompanhamento do parto por uma pessoa da escolha da parturiente ou por doulas, conforme revisão bibliográfica, tem se mostrado um suporte importante para a mãe que está nascendo, um bom *holding*, que interfere de forma importante nos primeiros contatos com o bebê.

O *holding* tanto é o fundamento da interação mãe-bebê como parece ter a função de promovê-lo quando a mãe o tem assegurado do ambiente familiar.

Com relação aos temas vivência da gestação e as perspectivas no pós-parto, obtivemos relatos significativamente heterogêneos indicando que o *holding* oferecido à mulher pelo ambiente familiar, tanto na gestação quanto no pós-parto, está diretamente ligado às manifestações de comportamentos de interação nos primeiros contatos mãe-bebê. Apesar de aparecerem nos relatos da experiência da gestação dificuldades de aceitação, a depressão e os incômodos físicos, todas as colocações incluem o marido e a família como importantes figuras de aceitação e incentivo para o empreendimento de ter um filho. Relatos sobre a opinião e a atitude do marido ou namorado e da aceitação da família, especialmente dos pais da puérpera, ilustram o lugar que o acolhimento familiar ocupa durante a gestação. Os dados da experiência materna durante a gestação dividem a amostra em dois grupos: aquele que viveu a experiência de *holding* durante a gravidez e aquele que não vivenciou. Eles também dividem a amostra com relação à perspectiva de obter ou não o *holding* no pós-parto. Quando cruzamos as diferentes experiências maternas de *holding* com os grupos de mães com padrões diferentes de comportamentos de vínculo, verificamos que há uma relação importante entre os grupos.

No grupo da proximidade a quase totalidade das mães contou com familiares e principalmente com os maridos durante a gestação. Estas mesmas mulheres contam com apoio da família, mãe, pai, sogra, marido, tias, cunhadas e vizinhas, no período do pós-parto em uma frequência também alta. A mulher durante todo o ciclo grávido puerperal encontra-se em estado de regressão a estágios primitivos do desenvolvimento, infantilizada e fragilizada, precisa de suporte emocional e cuidados físicos, ela é o que eu posso chamar de uma “mãe recém-nascida”, precisando de *holding*. Ela está revivendo no nível emocional o bebê que ela foi, está experimentando a necessidade de ser compreendida e necessita de colo. Este colo deve ser oferecido à mãe pelo ambiente, do qual fazem parte o marido ou namorado, os pais, a família dela e do pai da criança, os outros filhos

O grupo dos afetos também se mostrou bastante cuidado pelas famílias, tanto durante a gestação como na perspectiva dele no puerpério. No grupo de atenção materna, que apresentou mais dificuldades e requisitou mais atenção do ambiente, observamos que obtiveram um índice baixo de *holding* durante a gestação, assim como para a perspectiva de obtê-lo no pós-parto. A carência de cuidados por parte da família para com a mãe parece ter uma relação importante com os comportamentos de interação mãe-bebê na situação do primeiro encontro após o parto. Estas mães exigiram cuidados do meio e interagiram menos com seus bebês em relação aos outros grupos, afetos e proximidade.

Quase metade das adolescentes da amostra encontra-se no Grupo dos Afetos, elas manifestam muitos comportamentos de vínculo e muito provavelmente só podem cuidar dos bebês pois obtêm cuidados dentro da rede familiar. Da totalidade de adolescentes da amostra uma porcentagem mínima faz parte do Grupo de Atenção Materna, indicando que a imaturidade característica desta faixa etária parece não interferir nas manifestações de comportamentos de vínculo nos primeiros contatos com o filho

Com relação ao planejamento da gravidez, encontramos no grupo que apresenta menos comportamentos de vínculo, Atenção Materna, um índice alto de gestações planejadas. Nos Grupos dos Afetos e Proximidade, observamos uma frequência menor de gestações planejadas, e um índice bem elevado de “acidentes. Estes dados nos permitem afirmar que nesta amostra o planejamento da gestação

não necessariamente está relacionado a um maior índice de comportamentos de vínculo nos primeiros contatos.

As observações realizadas pela pesquisadora apontam que os comportamentos que expressam as dificuldades na relação com o filho estão sempre acompanhados de expressões e posturas contraídas. Estas mães estão enrijecidas e impedidas de deixar que o funcionamento biológico cumpra sua função. Sem um ambiente continente, sem *holding* durante a gestação e pós-parto, as dificuldades acontecem com maior frequência e se expressam na linguagem pré-verbal, através da comunicação pelos sentidos com seu filho recém-nascido. A mãe também parece precisar de um “colo” seguro para relaxar a musculatura e se libertar de suas couraças, assim como o bebê precisa do colo de uma mãe suficientemente boa para que não precise “segurar-se nos próprios músculos” e iniciar o processo de encorajamento.

Os resultados indicam que as mães que têm em sua história familiar mais cuidado podem cuidar mais de seus bebês, o grupo que obteve *holding* pôde oferecer mais *holding* durante os primeiros contatos com o filho.

Nos grupos de mães que realizaram mais comportamentos de vínculo, proximidade e afetos, observamos mais respostas em seus bebês, o que nos leva a concluir que mais comportamentos de vínculo da mãe gerem mais comportamentos de interação no bebê. No grupo de atenção materna os comportamentos das mães estão menos relacionados aos comportamentos de vínculo dos bebês.

O recém-nascido chega ao mundo com todas as competências para relacionar-se, enquanto a mãe apresenta-se para ele também com predisposições fisiológicas, mas com uma história, uma cultura, um caráter e por isto já traz em sua atitude uma “ação educativa”, geralmente repetindo os cuidados que recebeu da família. É a mãe ou o bebê quem inicia a comunicação? As relações humanas são vias de mão dupla, a comunicação acontece de forma positiva, quando observamos uma sequência de perguntas e respostas e, através dos sentidos, vai evoluindo para uma conversa. Sabemos que o bebê “seduz a mãe”, mas ela tem que estar disponível para ser seduzida, por isto é na dinâmica da mãe durante o ciclo grávido puerperal que temos a possibilidade de provocar transformações para permitir um diálogo intenso entre mãe e filho nos primeiros contatos após o parto.

CAPÍTULO 5 . CONSIDERAÇÕES FINAIS

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1. Conclusão

O estudo das manifestações de comportamento de vínculo mãe-bebê em 40 puérperas que tiveram seus bebês em Centro de Parto Normal no Amparo Maternal permitiram concluir que:

Há uma relação entre o *holding* que a mãe recebe durante a gestação, assim como a perspectiva de obter *holding* no pós-parto, com o *holding* que ela pode oferecer ao seu bebê no momento do primeiro encontro após o parto.

Os cuidados que a mãe recebe durante a gestação têm a função de oferecer o continente necessário para que, já durante a gestação, a mulher possa ir desenvolvendo o vínculo materno-fetal, fundamental para que as primeiras manifestações de comportamentos de vínculo aconteçam com mais frequência e permitam uma interação que favoreça a ligação com o bebê após o nascimento. A perspectiva de obter cuidados durante o pós-parto oferece à mãe, nos primeiros contatos, mais segurança para desempenhar a função materna.

5.2. Propostas de intervenção para a promoção do vínculo mãe-bebê

As recomendações apontadas pelo Ministério da Saúde são importantes passos para a psicoprofilaxia a partir do nascimento no campo da saúde pública

Estas diretrizes apresentam duas grandes questões que não garantem a sua completa eficácia:

1. Elas estão muito focadas no momento do parto. Oferecer mais assistência à mulher e sua família durante todo o ciclo grávido-puerperal pode ampliar o processo para a humanização das famílias, para além da Instituição Maternidade, diminuindo as dificuldades no parto.

2. Os profissionais de saúde do setor público não estão preparados para exercer o papel que lhes é atribuído. Apesar dos avanços, a relação que se estabelece entre o corpo e a emoção ainda não é algo intrínseco e generalizado. Aqueles que hoje trabalham com a saúde da mulher e do bebê ainda não internalizaram a noção de que considerar a unidade funcional corpo/mente da mãe e do bebê é fundamental para oferecer *holding* para a mulher.

Após a realização deste estudo, reafirma-se a premência da implantação de serviços de psicologia nas Maternidades e ambulatórios, direcionados às gestantes, mães, famílias e profissionais da saúde. O objetivo desta proposta de atuação é a melhoria da qualidade do atendimento às mães e grávidas, valorizando todos os sujeitos implicados no processo, propiciando apoio psicológico durante a gestação e no pós-parto tanto para a mulher quanto para sua família e a capacitação dos funcionários que atendem a esta população.

Uma proposta de atendimento de apoio à mulher durante o ciclo grávido-puerperal deve garantir que haja apoio psicológico integral durante todo o processo que envolve o nascimento, considerando o *holding* como fator de promoção de vínculo mãe-bebê.

Os profissionais envolvidos na assistência à maternidade devem estar resguardados, com capacitação para lidar com os aspectos emocionais da gestante, garantindo que haja acolhimento e possibilitando assim que a mãe possa oferecer *holding* para o bebê. A importância das ações de prevenção em saúde psicorporal nos momentos que cercam o princípio da vida fica bem explícita no texto que se segue:

... O trabalho com gestantes, o parto sem violência, a preservação da autorregulação nos recém nascidos e nas crianças, bem como a garantia de acesso franqueado à sua sexualidade natural, propostos por Reich há várias décadas, seguem sendo ferramentas essenciais neste trabalho profilático, ali onde o terreno é tenro e, portanto os efeitos mais contundentes e decisivos (LACRETA, 1992).

Tenho observado em minha prática clínica e institucional como este campo é realmente fértil e como os efeitos das ações neste período de vida da mulher, da família e do bebê são realmente transformadores das relações atuais e futuras. Portanto uma proposta de ações que propicie o fortalecimento do apoio à mulher e à

família pode, além de promover o vínculo mãe-bebê, tornar-se uma atuação transformadora do modo de vida destas crianças no futuro. São elas:

5.2.1. Propiciar às gestantes e familiares, apoio psicológico durante a gestação.

- Grupos abertos de apoio psicológico para as grávidas e acompanhantes nos ambulatorios de pré-natal, que atenda à demanda de informações, que se transforme em espaço de troca de experiências e de aprendizagem dos recursos de relaxamento.
- Acompanhamento das consultas por outros profissionais; enfermagem, nutrição, medicina, assistência social, fomentando a troca de saberes e uma atuação mais integral à mulher e sua família.
- Psicoterapia breve durante a gravidez para os casos em que haja necessidade (depressão, histórico de perdas anteriores, luto, situações de risco emocional).
- Elaboração e distribuição de material de apoio para todas as gestantes, com a finalidade de oferecer, além de informações sobre as mudanças fisiológicas, referências sobre as alterações emocionais e acerca da importância do vínculo mãe- bebê no desenvolvimento da criança.

5.2.2. Propiciar às mães e familiares apoio psicológico no pós- parto

- Acompanhamento psicológico de apoio para a dupla mãe/bebê, logo após o nascimento e durante o período de internação, com a finalidade de oferecer *holding* à mãe e detectar precocemente possíveis distúrbios na relação.
- Acompanhamento psicológico intensificado em casos graves: psicose, depressão puerperal, prematuridade e luto; oferecendo encaminhamento para continuidade do atendimento.
- Curso de Shantala -massagem para bebês - em grupo durante o período de internação, com a finalidade de estimular o contato corporal da dupla e a

comunicação através dos sentidos. A troca de experiências entre as mães também é o objetivo deste dispositivo.

5.2.3.. Oferecer aos profissionais de saúde, funcionários, estagiários e doulas capacitação para lidar com os aspectos emocionais das mães, bebês e familiares.

- Cursos de capacitação e reciclagem, que tragam à equipe a possibilidade de aprender sobre a dinâmica do ciclo grávido puerperal, sobre as competências do bebê e a importância de respeitar a auto-regulação da mãe e do bebê.
- Grupos de reflexão e supervisão interdisciplinar, para constituirmos, nos estabelecimentos que trabalham com o nascimento, um espaço de troca entre as diversas áreas e possamos trazer aos profissionais de saúde um olhar holístico para a unidade funcional psicossomática

Algumas destas propostas já estão sendo desenvolvidas no Amparo Maternal, mas a maioria delas faz parte de um desejo, uma idéia, um sonho. Finalizam este estudo para suscitar no leitor o desejo de atuar no ciclo do nascimento e estimular que o profissional de psicologia possa começar a ousar um pouco mais no projeto de humanização do nascimento.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALBERTINI, Paulo; Tese de Doutorado Uma contribuição para o conhecimento do pensamento de Reich: desenvolvimento histórico e formulações para a Educação – Universidade de São Paulo- São Paulo, 1992.

BASCUÑÁN, M. Luz, Apego Temprano Madre (Cuidador)-Hijo 2004, *Pediatría Al Día*, 2004, 20/3; pg. 43 a 49. Chile.

BEAUVOIR, Simone, *O segundo sexo, Vol. 1*; Ed Círculo do Livro, 1982, São Paulo.

BOADELLA, David, *Correntes da vida - Uma introdução à biossíntese*, São Paulo, Summus editorial, 1992.

BOND, Cherry; *Positive Touch and massage in the neonatal unit: a British approach*. Semin. Neonatol. , 2002; 7: 477-486 London.

BOWLBY, John, *Apego - A natureza do vínculo*. Volume 1 da trilogia Apego e Perda, São Paulo, Martins Fontes, 3ª ed., , 2002.

....., *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2ª edição brasileira, 1988

....., *Formação e rompimento dos laços afetivos*, São Paulo, Martins Fontes, 2001.

BRAZELTON, T. Berry *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.

COZBY, Paul C. *Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento*. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2003.

CRAMER, Bertrand, *Profissão bebê*, São Paulo, Martins Fontes, 1993

CRUZ, Daniela Carvalho dos Santos ; Sumam, Natália de Simoni; Spindola, T. *Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê* Rev. esc. enferm. USP v.41 n.4 São Paulo dez. 2007

DADOUN, Roger. *Cem Flores para Wilhelm Reich*. São Paulo: Editora Moraes, 1991.

ECO, Umberto. *Como se faz uma tese*. São Paulo: Perspectiva. 2004.

FEIJÓ, M. Cristina; *Validação brasileira da "Maternal-Fetal attachment scale"*, Arq. Brasileiro psicologia, 51, (4) 52-62, 1999, São Paulo.

GIAMI, Alain & PLAZA, Monique (coord) *Os procedimentos Clínicos nas Ciências Humanas: Documentos, Métodos, Problemas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GONÇALVES, Débora Maschietto; Pereira, Fernanda Keli; Ohy, Juliana Bastos; Leite, Lillian Pisani; Kikuchi, Rebeca; Emílio, Solange Aparecida. O vínculo mãe-bebê na atualidade Bol. iniciaç. cient. psicol;7(1):112-122, jan.-dez. 2006.

HALES, D.J. et al. *Defining the limits of the maternal sensitive period*. Dev. Méd. Child Neurol. , v19, n.4, p454-61, 1977.

HRDY, Sarah, B., *Mãe Natureza. Uma visão feminina da evolução. Maternidade, filhos e seleção natural*, Rio de Janeiro, Campus, 2001.

KIMURA, Amélia, F. *Manifestações de comportamento de interação mãe-filho nos primeiros dias após o parto*. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

KITZINGER, Sheila, *Mães, um estudo antropológico da maternidade*, Editorial Presença – Portugal - Livraria Martins Fontes- Brasil- 1978

LEAO, Viviane Murilla e OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de. O papel da doula na assistência à parturiente. Reme: Rev. Min. Enferm., jan. 2006, vol.10, no.1, p.24-29.

KLAUS, Marshal e KLAUS, Phyllis *O surpreendente recém-nascido*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.

KLAUS, Marshal e KENNEL, John *Pais/Bebês, a formação do apego* Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1992.

..... *The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered*. Acta Pediatr. 1997; 86(10): 1034-6.

LAURISTA, Correa F. “*Audiência Pública das Comissões de Assuntos Sociais e de Educação para instruir o Projeto que cria a Semana Nacional de Prevenção da Violência na Primeira Infância*” televisionada em 28/04/2006 pela TV Senado , São Paulo.

LISBOA, Antonio “*Audiência Pública das Comissões de Assuntos Sociais e de Educação para instruir o Projeto que cria a Semana Nacional de Prevenção da Violência na Primeira Infância*” no Senado, televisionada em 28/04/2006 pela TV Senado, São Paulo.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. 199 p. Brasília, *Parto aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher;* acesso em 10/12/2006
bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf -

MIRANDA, A. A. José; GÓES, Ana Júlia. *A importância do vínculo mãe-bebê para o desenvolvimento infantil* / Rev. NUFEN, Sér. diálogos divers;2(2):48-58, ago.-dez. 2004.

MONTAGNER, Hubert, *A criança, actor do seu desenvolvimento*, Ed. Instituto Piaget, 1993, Portugal.

NÓBREGA, J. F., MADER, Custódia V.N; NASCIMENTO, Christianne L.; SPACA, Patrícia, V.;. *Avaliação e Fortalecimento do Vínculo Materno-Fetal*. Revista Paulista Pediatria, 20, (5), outubro, 2002 p. 236-240. São Paulo.

....., *Vínculo Mãe/Filho*, São Paulo, Revinter, 2005.

NOLAN, M. *Supporting women in labour: the doula's role*. *Mod'Midwife* 1995; 5(3): 12-5.

NORR, K.F., ROBERTS, J.E., FREESE, V. Early postpartum rooming and maternal attachment behavior in a group of medically indigent primiparas. *J. Nurse-Midwifery*, v34, n.2, p 85-9, 1989

ODENT, Michel. *Gênese do homem ecológico: Mudar a vida Mudar o nascimento: O instinto reencontrado*. São Paulo: Tao Editora, 1982.

... ,.....*A Cientificação do amor*, São Paulo, Terceira Margem, 2000.

PEDRO, J.C.G. *A relação mãe-filho: influência do contato precoce no comportamento da díade*. Lisboa, Imprensa Nacional, 1985.

POMMÉ, Eliana L. e al. *Manifesto do Grupo de Atendimento a gestantes* in Revista Reichiana - Instituto Sedes Sapientiae, 1996, São Paulo.

.....*Gravidez na adolescência - Muitas histórias para compreender e lidar com a sua história*, São Paulo, Paulinas, 2003.

..... Material impresso *Apostila - Curso de gestantes*.- CEDUC , São Paulo; 2004, p.

.....*Vínculo mãe/filho e saúde emocional - transtornos do desenvolvimento, neurose e psicose*, In Nóbrega, J.F., *Vínculo mãe bebê*, ed. Revinter, 2005, p.89 a 97.

REICH, Eva. *Prevenção da Neurose: Auto-regulação, a partir do nascimento*. *Cadernos de Psicologia Biodinâmica*. São Paulo: Summus, 1983.

..... e ZORNANSKY, E.; *Energia vital pela Bioenergética suave*, São Paulo, Summus, 1998.

REICH, Wilhelm, *A função do orgasmo*, São Paulo; Editora Brasiliense, 14ª Ed. 1988

REICH, Wilhelm, *Análise do Caráter*, São Paulo, Martins Fontes, 1999.

.....*Crianças do futuro*, Tradução livre, datilografado, Paraná, (1950)

ROCHA, Semiramis, M. M.; SIMPIONATO, Érica e MELLO, Débora, F. *Apego mãe-filho: Estudo comparativo entre mães de parto normal e cesária*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2003, mar/abr; 56 (2) p. 125-129.

Lei n. 10.241 de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Bol Inf ABENFO-SP 2000; 5(15): 2.

SARI Admiro, *A Interação na relação mãe-bebê em mães adolescentes*. Revista de Psiquiatria, Rio Grande do Sul. 24 (3) set/dez. 2002.

SOLLITO, Neyde, *A interação mãe-bebê durante o banho*; Tese de Doutorado- em Psicologia - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1972,

STERN, D. *O mundo interpessoal do bebê*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

..... *A Constelação da Maternidade: O panorama da psicologia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

VIEIRA, L. M. T., *O grupo-oficina de grávidas: trabalho preventivo no vínculo mãe-bebê*. Revista de Psicanálise, Vol VI, n. 2, agosto 1999, 257-266.

WAGNER, Claudio M. *A Transferência na Clínica Reichiana*, Tese de Doutorado – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2002

WIINNICOTT, D.W. *Os bebês e suas mães*, São Paulo, Martins Fontes, 1988.

..... *A criança e seu mundo*, São Paulo, LTC, 1982.

..... *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

..... *A Família e o Desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

..... *A natureza humana*, São Paulo, Imago, 1990.

ANEXOS

ANEXO A

PUC Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96. De 10 de outubro de 1996).

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE N° _____

DATA DE NASCIMENTO: .../.../...

ENDEREÇO: _____ .N° _____ Casa _____

APTO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____

CIDADE: _____ TELEFONE: DDD (_____) _____

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “Vínculo mãe bebê” **Pesquisador:**

Eliana Lemos Pommé – Mestranda do Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar do Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Clínica da PUCSP. INSCRIÇÃO CONSELHO

REGIONAL - CRP N° 06/17717

Orientador: Prof. Dra. Ceres Alves de Araújo – Docente e Orientadora do Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar do Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Clínica da PUCSP.

III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DA PESQUISADORA ÀS MÃES

Esta pesquisa está sendo realizada para descrever os comportamentos de vínculo mãe bebê e identificar os fatores que interferem em sua formação.

Todas as mães participarão de uma sessão de gravação em vídeo com a duração de 15 minutos, realizada durante o momento de encontro mãe/bebê no quarto. Após a gravação participarão de entrevista clínica.

Se assim desejar, a mãe receberá uma foto do momento de interação com seu bebê. Os resultados da pesquisa serão utilizados na elaboração de dissertação, como parte dos requisitos para que a pesquisadora obtenha o título de mestre em Psicologia; e para futuras publicações.

IV – ESCLARECIMENTOS DADOS PELA PESQUISADORA SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

- Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa, assim como esclarecimento de dúvidas.
- Salvaguarda da identidade, quando da publicação da dissertação, podendo ser divulgada apenas com o consentimento expresso da participante.

V - INFORMAÇÕES DE NOME. ENDEREÇO E TELEFONE DA RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO:

Eliana Lemos Pommé ENDEREÇO: RUA ARAPIRACA, 7 (CONSULTÓRIO).

E-mail: elianapomme@uol.com.br TELEFONE: 3813 22 61

VI – CONSENTIMENTO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente Pesquisa.

São Paulo..... de de 2006.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador

ANEXO B

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRPERA

Iniciais _____

RH_____ Grupo: Primípara (...). Multipara (...)

Data de nascimento _____ Idade _____

Naturalidade: _____ Escolaridade _____

Quantidade de partos_____ Condição_____

conjugal_____

Tipos de partos _____ Abortos _____

Idade dos outros filhos: _____ Sexo do bebê: _____

Data: ____/____/____

Observações:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Assinatura do pesquisador

Carimbo do pesquisador

ANEXO C

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

Entrevista após os primeiros contatos mãe-bebê no Puerpério.

Data: ____/____/____ Horário: _____

1. Fez parte de algum Curso para gestantes? _____

Foi vivencial? _____

O que está achando deste primeiro encontro com o bebê?

2. Como foi a gravidez? Desejada/Planejada

3. Aceitação do grupo familiar/Aceitação do parceiro

4. Preparativos durante a gestação. Pré-natal?

5. Parto: Como foi? Quais foram os sentimentos? _____

-Teve acompanhante? _____

-Teve contato com o bebê? _____

-Com quem veio à Maternidade? _____

6. Bebê:

Qual o nome? _____

Quem escolheu? _____

Com quem se parece? _____

7- Como vai ser quando voltar para casa? _____

Alguém vai ajudar? _____

8. Pesquisador: Percepções do pesquisador/contratransferência:

—

ANEXO D

Autorização:

Eu, _____ RG: _____
_____, mãe de _____, autorizo a publicação de
minhas imagens e de meu filho, gravadas no Amparo Maternal com a finalidade de
ilustrar a Dissertação de Mestrado de Eliana Lemos Pommé pela Pontifícia
Universidade Católica, com o tema: “O vínculo mãe-bebê: primeiros contatos e a
importância do *holding*”, assim como em futuras publicações decorrestes desta.

São Paulo, _____ de _____ de _____

ANEXO E

Roteiro de Observação das manifestações de comportamento de vínculo mãe/bebê durante as primeiras horas após o parto

Contato visual	Mãe ➤ Estabelece contato face a face ➤ Sorri ➤ Faz caretas Bebê ➤ Estabelece contato olho a olho Sorriso reflexo	Mãe ➤ Olha para a face do bebê Bebê ➤ Olha para a face da mãe ➤ Abre e fecha os olhos alternadamente	Mãe ➤ Olha para o bebê, mas não para a face ➤ Expressão facial demonstrando indiferença. Bebê ➤ Olha para a mãe, mas não para a face	Mãe ➤ Não dirige o olhar ao bebê ➤ Expressão facial de aborrecimento Bebê ➤ Não olha para a mãe ➤ Olhos fechados
Tato	Mãe ➤ Segura abraçando o bebê próximo ao corpo ➤ Muda a posição do bebê em resposta a necessidade de conforto para amamentar ➤ Beija o bebê ➤ Toca-o com a ponta dos dedos ➤ Toca-o com a palma e a ponta dos dedos ➤ Acaricia ➤ Dá pancadinhas Bebê Volta o rosto na direção do toque materno, alerta.	Mãe ➤ Segura o bebê no antebraço, mantendo-o próximo ao corpo. ➤ Muda a posição do bebê para satisfazer a necessidade de conforto ocasionalmente. ➤ Toca o bebê pelo menos a cada 5 minutos. Bebê ➤ Resposta de indiferença ao toque materno	Mãe ➤ Muda a posição do bebê para consolo, somente após ele chorar 3 a 4 minutos. ➤ Não muda a posição do bebê.	Mãe ➤ Retrai ou controla os movimentos do bebê. ➤ Postura rígida e tensa enquanto segura o bebê. ➤ Toque áspero. ➤ Não toca. Bebê ➤ Chora ao toque materno.

ANEXO E Continuação

Vocalização	Mãe ➤ Fala com o bebê acalmando ou brincando com ele. ➤ Canta para o bebê ➤ Chama o bebê pelo nome. Bebê ➤ Emite sons de murmúrio.	Mãe ➤ Refere-se ao bebê como ele ou ela. ➤ Conversa com o bebê. Bebê ➤ Choro esporádico	Mãe ➤ Fala ao bebê dirigindo-lhe ordens. Bebê ➤ Choro	Mãe ➤ Não fala com o bebê. ➤ Fala criticando ou desaprovando ➤ Refere-se ao bebê como coisa ou trata como objeto. ➤ Voz de irritação ou desaprovação.
Audição	Mãe ➤ Atende prontamente ao choro do bebê	Mãe ➤ Atende ao choro após 1 a 2 minutos através do tato ou vocalização.	Mãe ➤ Atende ao choro após 3 a 4 minutos através do tato ou vocalização	Mãe ➤ Não responde ao choro do bebê.
Amamentação	Mãe ➤ Concentra o olhar no bebê ou na sucção por todo o período. Bebê ➤ Padrão de sucção vigoroso. ➤ Alerta, olhos abertos. ➤ Vigil, olhos abertos.	Mãe ➤ Desvia o olhar para acontecimentos do ambiente até 3 vezes a cada 5 minutos. Bebê ➤ Padrão de sucção vigoroso com episódios de descanso. ➤ Ativo, episódios de sonolência.	Mãe ➤ Interrompe e recomeça a amamentar duas a três vezes a cada 5 minutos. ➤ Mantém o olhar para os acontecimentos do ambiente. Bebê ➤ Apreende e solta o mamilo duas a três vezes a cada 5 minutos. ➤ Sonolento ➤ Agitado.	Mãe ➤ Força o bebê a sugar através do controle dos movimentos da cabeça e abertura da boca. ➤ Interrupção da amamentação. Bebê ➤ Chorosos ➤ Agitado.